

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 juillet 1892, à 1 heure

PAR

RENÉ-DIDIER GOUPIL

Né à Clamart (Seine), le 1^{er} septembre 1865,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

DE LA

LYMPHANGITE TUBERCULEUSE

ET PARTICULIÈREMENT

DE SA FORME ANGIECTASIQUE

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juge : { MM. RICHELOT, professeur.
QUINQUAUD, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur de A. Parent

52, RUE MADAME, 52

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE
Cliniques médicales.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Cliniques chirurgicales.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET	FAUCONNIER	NÉLATON	RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des	PICARD
BRISSAUD	HANOT	travaux anatomi-	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	ques.	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	QUENU	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUINQUAUD	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	RETTERER	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	REYNIER	WEISS
	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON ONCLE, M. VICTOR GOUPY

Ancien Président du Conseil des prudhommes de Paris,
Membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique
et du Mont-de-Piété,
Chevalier de la Légion d'honneur.

ET

A MA TANTE, MADAME VICTOR GOUPY

Hommage reconnaissant et affectueux.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR SCHUTZENBERGER

Membre de l'Institut,
Professeur au Collège de France.

Hommage de reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE D^r HALLOPEAU

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

MONSIEUR LE D^r RECLUS

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE D^r HANOT

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE D^r LANDRIEUX

Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE D^r RAYMOND

Professeur agrégé à la Faculté,

Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE D^r MAYGRIER

Professeur agrégé à la Faculté,

Accoucheur des hôpitaux,

MONSIEUR LE D^r SEVESTRE

Professeur agrégé à la Faculté,

Ancien médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés,

Médecin de l'hôpital Trousseau.

Nous remercions MM. CHIPAULT et ARTUS pour l'obligeance avec laquelle ils ont mis leurs intéressantes observations à notre disposition, MM. LEJARS, MERKLEN, JEANSELME, LAILLER, HALLOPEAU, pour les précieuses indications qu'il nous ont fournies au sujet de notre thèse, M. ETTINGER et son interne, M. RAOULT, à qui nous devons d'avoir pu recueillir l'intéressante observation n° 3 *bis*, au moment même de mettre sous presse.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement notre ami, M. GONTRAN LE JOUTEUX, pour les dessins qu'il a bien voulu faire pour ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine.

NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

DE LA

LYMPHANGITE TUBERCULEUSE

ET PARTICULIÈREMENT

DE SA FORME ANGIECTASIQUE

INTRODUCTION.

Les portes d'entrée de la Tuberculose sont multiples ; mais, si l'on en croit les expérimentateurs, la voie lymphatique est la plus ordinairement suivie ; M. Collin prétend même que la diffusion tuberculeuse se fait toujours par cette voie.

Le germe tuberculeux introduit dans l'économie avec ou sans effraction, deux cas peuvent se présenter :

1° Il est simplement transporté par le courant de la lymphe jusqu'au premier organe (en général un ganglion), et là commencera réellement sa lutte contre les phagocytes. Ce ganglion d'ailleurs devient, en général, im-

perméable, (Weigert) et rend plus difficile le passage des bacilles dans ses vaisseaux afférents. On a donc, en somme, dans ce cas, d'abord une porte d'entrée, sur laquelle peut se développer un chancre; la lésion initiale, puis un bubon.

2° Dans l'autre cas, ce chancre est relié au bubon par quelque chose d'intermédiaire, qui correspond à l'altération, du lymphatique afférent, du point inoculé au ganglion ; c'est là, la lymphangite tuberculeuse, qui fait l'objet de ce travail.

Cette distinction nous permettra de laisser de côté un grand nombre d'observations, dans lesquelles il y a eu simple transport à distance du bacille de Koch et une lésion, (gomme ou abcès froid) plus ou moins éloigné, du point inoculé, MAIS SANS PARTICIPATION NETTE, ÉVIDENTE, DU TRONC LYMPHATIQUE INTERMÉDIAIRE OU SOUS-JACENT.

Ces faits sont aujourd'hui très nombreux ; ils se rencontrent très fréquemment dans la tuberculose inoculée et sont bien connus, depuis les travaux de Verneuil, Martin du Magny, Lefèvre, etc.; mais ils ne sauraient vraiment rentrer dans le cadre de notre travail et nous ne nous occuperons, encore une fois, que des cas où est notée, d'une façon certaine, l'altération tuberculeuse des conduits lymphatiques.

Sur ce sujet même, on a publié, en ces derniers temps, des mémoires de grande valeur, ceux, entre autres, de M. Morel-Lavallée et de M. Lejars. Ce dernier travail nous parut même donner une idée si exacte de la lymphangite tuber-

culeuse, qu'un moment nous hésitâmes à aborder le même sujet.

Le hasard de la clinique, en nous apportant quatre nouvelles observations, en décida autrement ; d'ailleurs, M. Lejars, dans son mémoire si intéressant, n'avait pu insérer notre observation de lymphangiectasie :

« Nous attendons, dit-il, le mémoire que MM. Hallopeau et Goupil ont annoncé dans leur dernière communication, pour classer définitivement cette forme si intéressante de lymphangite tuberculeuse. »

Depuis cette époque l'observation a pu être terminée, complétée, augmentée d'expériences nombreuses et de recherches bactériologiques.

Notre malade, d'abord présenté à la Société de dermatologie, fut examiné ensuite à loisir par MM. Lailler, Besnier et Vidal ; ces cliniciens expérimentés voulurent bien nous donner de précieux enseignements sur les cas analogues, qu'il leur avait été donné d'observer.

C'est alors, que, mieux instruit par ces voies différentes, il nous fut possible de retrouver dans la littérature médicale deux cas semblables aux nôtres, peut-être même un troisième, et, muni de ces trois observations, augmentées de celles que M. Hallopeau avait bien voulu publier avec nous, d'essayer d'établir, sur des données suffisantes, la forme angiectasique de la lymphangite tuberculeuse.

Toutes ces raisons nous décidèrent à choisir ce sujet pour notre thèse, et M. Lejars lui-même nous encouragea

dans ce sens, car nécessairement son mémoire, destiné à une revue, ne pouvait contenir, *in extenso*, toutes les observations que l'on peut insérer dans une thèse.

Notre étude ne traitera que de la lymphangite tuberculeuse des *membres* et ce ne sera qu'incidemment que nous parlerons de la lymphangite tuberculeuse *viscérale*.

Nous diviserons ce travail en six chapitres :

- 1° Un Aperçu historique ;
 - 2° L'Étiologie ;
 - 3° L'Anatomie pathologique, la partie bactériologique et expérimentale, la pathogénie ;
 - 4° La Description clinique des quatre formes de la maladie ;
 - 5° Le Diagnostic ;
 - 6° Le Pronostic et le Traitement.
-

CHAPITRE PREMIER.

APERÇU HISTORIQUE.

L'histoire de la lymphangite tuberculeuse, *externe des membres*, ne commence en somme qu'en 1870, à l'observation de Bazin : jusqu'à là on ne s'était occupé que de la lymphangite tuberculeuse viscérale. Andral est le premier qui ait vu cette dernière. Il spécifie très nettement que les épaissements et les nodosités des vaisseaux lymphatiques altérés tiennent au dépôt de tubercules dans leurs parois et non à la présence de graisse ou de lymphé épaissi, dans leur intérieur, confusion faite constamment jusqu'alors.

Velpeau disait bien que la lymphangite était due à l'introduction de matières septiques dans les vaisseaux blancs ; mais sûrement il ne songeait pas à la lymphangite tuberculeuse.

Villemin signale la thrombose des chylifères, par des granulations tuberculeuses semées le long de leur parcours, infiltrant leur tunique et les tissus avoisinants.

Signalons encore les expériences de Collin, et, depuis lors, les nombreux travaux qui ont trait à la lymphangite tuberculeuse de l'intestin, du mésentère, du poumon.

Tous ces travaux ne ressortissent pas à la tuberculose des lymphatiques externes ; nous ne devons donc que les rappeler ici.

Donc, jusqu'en 1870 les documents relatifs à l'affection qui nous occupe font défaut, et M. Potain, dans un article du

Dictionnaire encyclopédique de cette époque, va jusqu'à douter de l'existence de la tuberculose des vaisseaux blancs : « C'est peut-être, dit-il, de la lymphe épaissie altérée et l'on ne peut s'empêcher de conserver quelques doutes sur l'exactitude d'une grande partie des observations, dans lesquelles on dit avoir trouvé de la matière tuberculeuse dans les vaisseaux lymphatiques. »

Plus près de nous, en 1875, M. Le Dentu, dans l'article du *Dictionnaire Jaccoud*, s'exprime ainsi : « L'angioleucite peut se développer à la suite de lésions tuberculeuses de la peau, mais elle reste une *lymphangite simple, non spécifique*. Peut-être, cependant, aurait-elle une certaine tendance à passer à l'état chronique. »

Et plus loin : « la dégénérescence tuberculeuse des vaisseaux blancs est extrêmement rare aux membres, » mais il n'en cite aucune observation : peut-être M. Le Dentu pensait-il au cas de Bazin, déjà publié à cette époque.

En somme, jusqu'à Bazin et surtout jusqu'à l'observation de M. Merklen, on ne trouve aucun document, aucune observation concernant la lymphangite tuberculeuse des membres. C'est ce fait qui explique l'étonnement de Bazin en présence de son malade ; les diagnostics les plus différents furent portés ; lui-même crut un moment avoir affaire à une « Hydrosadénite traumatique. » Depuis la publication de M. Merklen, nous devons mentionner les observations importantes de MM. Lailler, Besnier, Fournier ; la monographie de M. Morel-Lavallée ; le mémoire de MM. Halopeau et Goupil ; celui de M. Prioleau, et enfin le si intéressant travail de M. Lejars. Entre temps, ont été publiées différentes observations que nous mentionnons au chapitre bibliographique.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

La Lymphangite tuberculeuse est une affection rare, il semble que la paroi des vaisseaux blancs soit un mauvais terrain pour la culture du bacille tuberculeux. Autant celui-ci se développe aisément dans les glandes lymphatiques, autant il se montre rare dans les vaisseaux qui y aboutissent. Ce fait semble paradoxal, tant on a présents à la mémoire des faits d'inoculation de lésions tuberculeuses, ayant déterminé, par la voie lymphatique, des lésions ganglionnaires et viscérales ; mais en relisant les observations, on voit, comme nous le disons précédemment, qu'il s'est agi, dans la plupart de ces cas, du simple transport du germe tuberculeux, par la voie lymphatique, et non de la lymphangite tuberculeuse. Sous ce rapport, plusieurs observateurs, (1) nous ont dit avoir été frappés, comme nous, du petit nombre d'observations typiques de lymphangites tuberculeuses, contenues dans la littérature médicale.

L'âge n'a pas une grande influence sur la lymphangite tuberculeuse. Dans vingt cas, où elle est mentionnée, on trouve :

7 cas de 6 à 20 ans.

11 cas de 20 à 40 ans

2 cas au-dessus de 60 ans.

(1) MM. Lailler, Merklen, Jeanselme, Lejars ont fait cette constatation. M. Lailler nous donnait l'explication de cette pénurie d'observations, par ce fait qu'on néglige souvent de rechercher la lymphangite tuberculeuse.

La prédominance serait donc, pour l'âge adulte.

Les deux sexes sont également atteints.

Les antécédents héréditaires, surtout au point de vue de la scrofule et de la tuberculose, font défaut dans la plupart des cas. Les observations n^{os} 4, 5, 6, 21, 22, 24, spécifient l'absence de tuberculose dans les ascendants; dans les autres cas on ne les trouve que rarement mentionnés. Il n'en est pas de même pour ce qui est des antécédents personnels. Souvent les malades sont des strumcux (obs. 4); il y a eu dans l'enfance des adénites (obs. 13); des maux d'yeux, il reste des taies sur l'œil; il y a eu une arthrite fongueuse (obs. 24); dans l'enfance, ou bien un spina, une ostéite, un onyxis; d'autres fois ce sont réellement des antécédents de tuberculose pulmonaire, que l'on peut relever dans les antécédents: bronchites répétées, hémoptisies, sueurs nocturnes, amaigrissement; mais il est des cas, au contraire, où les malades jouissent d'une bonne santé habituelle, n'ont jamais été malades; l'on ne peut relever chez eux ni maladie grave ni syphilis. Certains sont robustes.

La lymphangite tuberculeuse peut survenir:

1° Sans cause appréciable

2° A la suite d'une inoculation

3° Comme complication d'une affection tuberculeuse de la peau, des parties molles, du squelette ou des articulations.

Premier groupe de faits. — Nous relevons, dans les observations, plusieurs cas où il a été impossible de noter une cause quelconque à la maladie. Dans ces faits, la lésion est survenue d'emblée, sans altération tuberculeuse préalable, sans inoculation (obs. 30, 24, 22, 27, 6). Faut-il admettre que celle-ci est passée inaperçue?

On sait que bien des maladies infectieuses peuvent envahir

l'économie, sans effraction apparente, ni chancre d'inoculation. Ce fait est anormal, mais il existe. La peau présente des orifices glandulaires nombreux, ses blessures sont fréquentes, et, pour légères qu'elles soient, peuvent cependant fournir une porte d'entrée suffisante à la tuberculose. D'ailleurs, pourquoi ne pas admettre que la lymphangite tuberculeuse puisse être dans certains cas primitive : Cruveilhier cite, dans son *Anatomie pathologique*, un fait de lymphangite mésentérique, dans laquelle des chylifères jaunes, indurés, moniliformes semblaient être réellement malades, pour leur propre compte, et provenaient de parties saines de l'intestin.

Mais tout un groupe de faits reconnaît certainement l'inoculation pour origine.

Il est démontré aujourd'hui surabondamment que la tuberculose peut s'inoculer non-seulement aux animaux, mais à l'homme, et quoique l'expérimentation n'ait, heureusement, pas pu réussir encore à la déterminer chez ce dernier, la clinique nous montre assez souvent des faits de tuberculose cutanée inoculée (Verneuil, Hanot, Lefèvre, de Ritzo, P. Raymond, Verchère, Tardivel, etc.). Dans ces cas, la lymphangite consécutive, nous l'avons vu ; est rare, cependant nous la relevons dans un certain nombre de cas.

Dans celui de M. Hanot, où une femme se fait un panari en manipulant de vieux os ; chez la malade de M. Jeanselme, qui lavait les mouchoirs et les chemises de son mari tuberculeux ; ressemblant, en cela, à celle de M. Merklen, qui, elle aussi, nettoyait le crachoir et le linge de son mari : chancre d'inoculation et lymphangite consécutive, dans les deux cas.

Un malade de M. Lailler et un autre de M. Tardivel se blessèrent avec des morceaux de bois.

Dans un cas de M. Priolleau ce fut le pansement sale d'un furoncle, dans celui de Karg, une piqûre, chez un garçon d'amphithéâtre, dans une observation de Tournier, un tatouage,

qui déterminèrent la tuberculose consécutive des lymphatiques.

Mais il est d'autres cas où celle-ci reconnaît pour causes, des altérations tuberculeuses soit de la peau, soit des parties molles, soit enfin, et assez souvent, des articulations et du squelette. On peut alors la dire secondaire.

C'est un ulcère tuberculeux, (Lesser de Halle), ou bien un lupus (Morel-Lavallée, Fournier) ; cela peut être aussi une arthrite fongueuse (Artus-Goupil), un spina ventosa (Chipault, Lannelongue), un onyxis, une fistule osseuse intarissable (Priolleau), etc.

Les cas de ce genre sont assez nombreux ; dans notre cas il y avait sans doute aussi une altération de l'extrémité inférieure des os de la jambe qui était augmentée de volume (obs. 24).

La lymphangite tuberculeuse s'observe à peu près aussi souvent aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PARTIE BACTÉRIOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTALE. — PATHOGÉNIE.

L'Anatomie pathologique de la lymphangite tuberculeuse n'a guère été faite avec soin que pour le poumon, l'intestin, les centres nerveux et en général pour les lymphangites viscérales. On est très pauvre en documents pour ce qui concerne les lymphangites externes et nous serons un peu forcé, dans ce chapitre, de conclure des premières aux secondes ; cependant pour ces dernières la partie bactériologique est déjà assez complète.

Dès 1824, Andral décrivait très exactement les lésions des lymphatiques tuberculeux (1). Une de ces observations s'intitule : Matière analogue au tissu tuberculeux contenues dans les vaisseaux lymphatiques. Il s'agit d'une femme, à l'autopsie de laquelle on trouve, « partant des ganglions inguinaux, « des vaisseaux lymphatiques, distendus par de la sérosité et « présentant, d'espace en espace, des points blancs qui « avaient l'apparence de tissus tuberculeux. Le canal thoracique présentait, lui aussi, des renflements analogues ».

Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique* de 1852, s'exprime ainsi : « Il n'est pas rare de voir les vaisseaux lymphatiques oblitérés par la matière tuberculeuse ». On peut voir, sur une planche de son traité, représentant le mésentère

(1) Andral. Recherches pour servir à l'histoire des maladies du système lymphatique. (*Arch. gén. de méd.*, 1824, t. VI, p. 502.)

d'un phtisique, « des vaisseaux noueux, d'un blanc jaunâtre, à
« nœuds rapprochés, contenus dans l'épaisseur du mésentère
« et qui se rendent aux ganglions lymphatiques correspon-
« dants. Je crus d'abord », dit-il, « avoir affaire à des vaisseaux
« lactés, pleins de chyle, mais le toucher m'ayant fait recon-
« naître qu'ils étaient durs, résistants, je me rendis compte
« qu'ils étaient remplis par une matière tuberculeuse. »

Alors qu'Andral se demandait, dans un cas semblable, si ce n'était pas simple absorption de la matière tuberculeuse, Cruveilhier affirme que c'est bien le vaisseau même qui est malade, pour son propre compte.

Villemin dit qu'on observe quelquefois, sur les tuberculeux, une sorte de thrombose des vaisseaux chylifiés ; les lymphatiques se présentent sous l'aspect d'un cordon blanchâtre, noueux, solide, sinueux, *qui simule une belle injection* ; leurs parois sont épaissies, le long de leur parcours, par des granulations tuberculeuses, infiltrant leurs tuniques et les tissus avoisinants.

Parmi les livres classiques, celui de MM. Cornil et Ranvier s'exprime ainsi : « Sur le péritoine viscéral, au niveau des
« ulcérations tuberculeuses de l'intestin, on voit souvent des
« cordons noueux, blancs, opaques, qui partent en rayonnant
« du fond induré de l'ulcération ; à leur surface, on voit sou-
« vent des granulations tuberculeuses faire saillie et lorsqu'on
« les coupe en travers, on en fait sortir une substance ca-
« séeuse blanche ou jaunâtre et opaque. »

C'est cette substance qui embarrassait si fort les auteurs qui constataient autrefois des altérations des lymphatiques chez les tuberculeux. Est-ce de la graisse, de la lymphe épaissie ou du tubercule ? Non-seulement à l'exemple d'Andral, les anciens observateurs hésitent, mais, bien plus près de nous, M. Potain, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* de 1870, partage les mêmes doutes.

Nous verrons ce qu'il faut en penser au chapitre histologique.

MM. Lépine (1), Girode (2) décrivent, soit à la surface du poumon, soit rampant sous le péritoine, des troncs lymphatiques flexueux, à forme noueuse, présentant, de distance en distance, des renflements correspondant à des granulations.

M. Lejars reproduit, dans son travail, un cordon isolé de lymphangite noueuse : ce cordon présente trois renflements, séparés par un court cylindre intermédiaire, comme serait une série de trois petits anévrysmes fusiformes (3).

M. Sanchez Toledo figure également, dans sa thèse, un volumineux lymphatique intercostal, noueux, jaunâtre, moniliforme, qui soulève la plèvre et vient aboutir à la partie postérieure du médiastin.

L'étude histologique des différents cas de lymphangite tuberculeuse externe est très pauvre aussi en documents. C'est encore dans la tuberculose viscérale que nous trouverons les éléments d'une description.

La tuberculose des vaisseaux lymphatiques présente, histologiquement, d'après MM. Cornil et Ranvier, les caractères suivants.

« Le contenu de ces vaisseaux est formé de cellules lymphatiques ordinaires, de corpuscules plus volumineux, remplis de granulations graisseuses et, aussi, de granulations graisseuses libres ; on en fait l'étude histologique sur des

(1) Lépine. Sur l'infection de voisinage dans la tuberculose.

(2) Girode. Contrib. à l'étude de l'intestin tuberculeux. Paris, 1888.

(3) Ce fait, il est vrai, se rapporte à un cas de lymphangite noueuse, en plaques (type Lailler), dont la nature tuberculeuse n'est pas certaine ; mais il donne une idée très nette de la disposition en chapelet, que l'on sent si bien, cliniquement, dans la forme tranculo-noueuse.

« coupes obtenues, après durcissement, par les méthodes ha-
« bituelles. On y observe toutes les phases du développement
« des granulations tuberculeuses. Dans un premier degré, les
« vaisseaux sont remplis d'éléments cellulaires; les uns sont
« des cellules lymphatiques ordinaires, les autres provien-
« nent vraisemblablement de l'*endothélium*. La paroi des
« lymphatiques et le tissu conjonctif voisin sont infiltrés de
« cellules embryonnaires, dans une grande étendue. Dans un
« second degré, les cellules groupées dans la paroi des lym-
« phatiques et dans le tissu conjonctif forment des nodules,
« ayant tous les caractères des granulations tuberculeuses.
« Les granulations tuberculeuses, disposées sur le trajet des
« vaisseaux lymphatiques, sont plus ou moins espacées; sou-
« vent elles se touchent et même se confondent avec les gra-
« nulations voisines, pour former une masse de tubercules
« confluents. »

Sur une figure de l'ouvrage de MM. Cornil et Rouvier, qui représente une section à travers un vaisseau lymphatique tuberculeux de l'intestin, on voit très nettement la cavité du lymphatique, qui est retrécie, et la paroi de ce lymphatique, très épaissie par le développement du tissu tuberculeux; plus en dehors, une couronne de cellules arrondies, dont les plus internes sont caséuses.

D'après M. Girode, dans un cas de tuberculose des lymphatiques sous-péritonéaux, on observait les altérations suivantes : parois épaissies, infiltrées de noyaux embryonnaires, qui se diffusent en nappe autour d'elles; au centre, est une plaque, arrondie ou ovoïde, de substance faiblement granuleuse, réfringente, à peine colorée par l'acide picrique; plus en dehors, existe une formation réticulée, dont les mailles sont occupées, soit par de grandes cellules à noyau, tranchant faiblement sur le reste, soit par une substance granuleuse; il y

aurait donc ici une zone de cellules épithélioïdes, emplissant un centre vitreux et entourée elle-même par une zone embryonnaire.

C'est là, en somme, à quelques détails près, la coupe d'un tubercule élémentaire classique, et l'on ne peut s'empêcher de se rappeler l'origine que M. Cornil attribue aux cellules géantes, qui, pour lui, représenteraient la section d'un capillaire sanguin oblitéré.

La description précédente permet, nous semble-t-il, de supposer que les capillaires lymphatiques ont la même propriété.

Dans les différents examens que nous venons de citer, on a pu remarquer les lésions qui se font autour du vaisseau même, (amas de cellules embryonnaires, fonte caséuse, etc.). C'est cette périlymphangite qui explique un grand nombre de phénomènes cliniques, sur lesquels nous aurons à revenir.

Nous n'avons pu pratiquer qu'un examen histologique de lymphangite tuberculeuse; mais il est vrai que c'était un cas de lymphangite externe.

Il s'agit du malade de l'observation n° 24 (*Lymphangiectasie de nature tuberculeuse*).

Nous pûmes, chez ce malade, pratiquer une biopsie. La partie excisée siégeait au niveau d'une des plus grosses ampoules du cou-de-pied.

La pièce, durcie et colorée par les procédés habituels, fut examinée par M. Jacquet. Comme dans les faits précédents, on observait un épaissement considérable de la paroi des vaisseaux lymphatiques. Mais, contrairement à ce que signalent MM. Girode et Lejars, leur cavité n'était pas oblitérée. De plus, elle était considérablement élargie; l'ensemble de la coupe présentait une série de lacunes, correspondant aux espaces lymphatiques, qui lui donnait l'aspect d'un tissu carveux.

Certains de ces espaces, élargis d'une façon excessive, formaient sans doute ces ampoules réductibles, que présentait le malade et par où eurent lieu les lymphorrhagies observées.

Dans le cas de Karg, la paroi des abcès lymphangitiques fut soumise à l'examen : elle avait la structure des membranes tuberculeuses ordinaires ; cellules géantes, pas de vaisseaux, pas de coloration par l'aniline, indiquant la nécrose de coagulation. Les noyaux lymphangitiques avaient la structure suivante : centre caséeux, entouré de cellules géantes ; remplies de bacilles, le tout noyé dans une épaisse couche de globules blancs.

Chez le malade de M. Morel-Lavallée (obs. n° 3), M. Darier put pratiquer une biopsie ; il enleva, sur le grand placard de la main, un des petits nodules tuberculeux, et voici ce qu'il observa.

« Sur les coupes colorées au picro-carminate, on voit qu'il s'agit d'un nodule lupique, du volume d'un grain de mil, enchâssé dans le derme. L'épiderme est épaissi dans toutes ses couches ; les papilles, allongées dans le voisinage des tubercules, sont complètement effacées à sa surface. Le nodule est nettement limité sur tout son pourtour ; il est composé de cellules embryonnaires rondes ou fusiformes, groupées en amas sur certains points, formant ainsi des follicules au centre desquels se voit souvent une cellule géante. Sur plusieurs coupes, traitées par la méthode d'Ehrlich-Weigert, on n'a pas trouvé de bacilles. »

Le pus qui s'écoule des nodules ulcérés de lymphangite tuberculeuse a été examiné dans différentes observations.

Dans celle de Bazin, M. Renaut, qui fut chargé de cet examen, fut frappé de l'analogie de ce pus avec le détritux granuleux, produit de la dégénérescence des caillots fibrineux ; il se demandait si, au niveau de chaque valvule, il ne s'était pas

produit un coagulum, lymphatique dont la dégénérescence granulo-graisseuse aurait amené chacune des tumeurs suppurées.

On verra plus loin que, dans les observations de M. Lailler et dans la nôtre, ce pus présentait des caractères spéciaux.

En général, il se rapproche de la lymphe par sa composition : il contient surtout des globules blancs, quelques globules rouges, mais, en somme, peu d'éléments figurés.

Dans un assez grand nombre de lymphangites tuberculeuses, on a pu faire la recherche des microbes : dans le cas de M. Hanot, dans celui de MM. Dubreuil et Auché, dans celui de Lesser (de Halle). Dans les observations 24, 7, 8, 2, 20, citées dans ce travail, on a pu déceler le bacille tuberculeux. Dans le cas de Karg, il est même spécifié que ces bacilles étaient peu nombreux. Le pus n'en contenait pas du tout, mais l'examen des coupes, après de longues et minutieuses recherches, permit d'en découvrir, le plus souvent à l'état isolé. On sait que ce fait est ordinaire, dans les tuberculoses très atténuées et que Koch lui-même a été longtemps avant d'en découvrir, dans le lupus vulgaire ; d'ailleurs, le cas de Karg était bénin et fut suivi de guérison.

Dans notre cas, l'examen, pratiqué par M. Jeanselme, démontra, dans le pus même, des bacilles en assez grand nombre. Pourtant sa virulence était faible ; sur les trois cobayes inoculés, un seul succomba deux mois après l'inoculation ; les deux autres vivaient encore plus de deux mois après, et l'un d'eux, sacrifié, n'offrait que des lésions peu avancées ; en somme, ces caractères rapprochent notre observation de celle de Karg et permet de conclure que, dans un assez grand nombre de cas, le pronostic de la lymphangite tuberculeuse est relativement bénin.

C'est l'opinion de M. Merklen, que nous avons consulté à

cet égard, et d'ailleurs les observations n^{os} 23, 10, 3, montrent que lorsque l'affection est prise à temps et soignée dans de bonnes conditions, elle est assez souvent susceptible de guérir.

Mais les bacilles ne sont pas les seuls organismes que l'on ait observés dans notre cas ; on trouva également des streptocoques, des staphylocoques dorés et des bacilles particuliers, autres que ceux de la tuberculose, (voir obs. 24). Un lapin, inoculé par nous, mourut rapidement de septicémie, avec abcès dans le foie et dans la rate.

Dans le cas de Karg, le pus extrait des abcès donna, par la culture sur des plaques de gélatine, un coccus blanc, analogue au staphylocoque de Rosenbach.

Dans ces deux cas, il s'agissait évidemment d'infections mixtes, d'associations microbiennes, le bacille de Koch ayant, — comme dans le lupus, autre affection tuberculeuse de la peau, où M. Leloir a pu vérifier le même fait, — facilité le développement des microbes pyogènes.

L'observation de M. Morel-Lavallée, que nous reproduisons plus loin, a été complétée, depuis sa publication, par des observations bactériologiques dues à M. le Dr Deschamps. Les voici, résumées.

En avril, inoculation de deux cobayes ; quatre mois après, ils ont encore bonne apparence, sont gais, vifs, mangent bien ; cependant ils sont maigres. On sacrifie un des deux. En l'autopsiant, on constate de nombreux abcès ganglionnaires, caséeux, dans l'aine, le mésentère, l'épiploon, le médiastin ; la rate et le foie sont criblés de granulations. Le pus des ganglions contient des bacilles.

Le second cobaye survécut six mois à l'inoculation ; il est autopsié par M. Darier, qui constate les lésions suivantes : absence de chancre d'inoculation, adénopathie inguinale,

énormes ganglions prélobaires et iliaques, nodules tuberculeux du colon, abcès caséux de l'épididyme droit, adénopathie péritrachéo-bronchique. Le suc de ces ganglions, examiné par la méthode d'Erlich-Weigert, montre des bacilles, en très petit nombre, (un ou deux seulement par lamelle); les coupes en renferment fort peu également.

En résumé, cette observation nous montre une tuberculose certainement atténuée, presque uniquement ganglionnaire, à marche très lente, à lésions peu riches en bacilles, et ces faits s'accordent bien avec le caractère bénin de la forme tronculonoueuse et la guérison, relativement rapide, du malade de M. Morel-Lavallée.

Les faits de lymphangite tuberculeuse expérimentale quoique souvent observés, d'après les bactériologistes, au cours des inoculations à la cuisse du lapin et du cobaye, sont néanmoins rarement signalés, et en tous cas ont été peu étudiés jusqu'ici. Collin (1) dit avoir vu que sur des lapins injectés avec de la matière tuberculeuse, du point où les injections avaient été faites, s'étendaient des traînées blanches analogues des cordes. Dans une autre expérience du même auteur, il parlait également, du point inoculé, des traînées rayonnantes qu'on reconnaissait facilement pour des lymphatiques; les ganglions où les vaisseaux se rendaient étaient eux-mêmes atteints.

M. Lejars rapporte un fait de lymphangite tuberculeuse expérimentale dû à M. Villemin, en voici le résumé : cobaye inoculé à la paroi abdominale, l'animal meurt trois mois après; chancre d'inoculation, duquel part une double traînée jaunâtre, moniliforme, présentant absolument l'aspect caractéristique de la lymphangite tuberculeuse; une des traînées aboutit à un ganglion de l'aîne; l'autre, très facile à suivre et formant un cordonnet à renflements multiples et du volume

(1) *Bull. Académie de médecine*, 15 août 1867.

d'un fil à fouet, se perd en haut, au niveau du diaphragme. Sur une coupe transversale d'un de ces cordons, on trouve une artériole et une veinule ; on ne retrouve plus trace de la paroi du vaisseau lymphatique, qui est remplacée par un amas de cellules très nettement arrondies, nodulaires et qui par places se multiplient.

Tous ces faits peuvent-ils nous donner quelques explications sur la nature intime de la lymphangite tuberculeuse ? On ne peut, à ce sujet, que formuler des hypothèses. Un fait nous a frappé tout d'abord, c'est la rareté de cette affection, comparativement aux autres manifestations de la tuberculose inoculée.

Il semble que la phagocytose, si bien étudiée par M. Mentchnikoff, c'est-à-dire la lutte des phagocytes, protecteurs de l'économie, contre les germes venus du dehors, ne s'effectue pas habituellement, pour ce qui est de la tuberculose, dans les vaisseaux blancs eux-mêmes, et que le bacille, chassé du côté des ganglions, par le courant de la lymphe et ne rencontrant, sur son passage, qu'un *endothélium* peu vulnérable, ne se développe, en général, qu'au niveau des glandes lymphatiques.

S'il se développe dans le conduit lymphatique lui-même, il semble s'attaquer surtout aux points où il peut se déposer le plus aisément aux valvules (*Lymphite valvulaire de Bazin*). A ce moment, il forme un nodule, et si le processus s'étend plus loin, on voit apparaître le cordon.

Plusieurs théories ont été imaginées pour expliquer ce cordon. Follin admettait une coagulation de la lymphe, dans les vaisseaux blancs ; Nélaton croyait à un épanchement de liquide coagulable, dans le tissu cellulaire, qui sert de gaine aux lymphatiques ; M. Renaut admettait une inflammation du pan-

nicule graisseux, dans lequel ils sont contenus; d'autres auteurs y voient un simple épaissement de leurs parois, par le dépôt de nodule tuberculeux. Cette dernière explication, à laquelle se rallient MM. Cornil et Ranvier, semble la plus vraisemblable.

CHAPITRE IV

DESCRIPTION DES DIVERSES FORMES CLINIQUES DE LYMPHANGITE TUBERCULEUSE.

- M. Morel-Lavallée admet : 1° une lymphangite *tronculaire* ;
2° Une lymphangite *réticulaire* ;
3° Une lymphangite en placards, marginée, (érysipèle) cette variété n'est pas représentée dans le groupe des lymphangites tuberculeuses pures ;
4° Une lymphite noueuse ou *trunculo-noueuse* (lymphite valvulaire de Bazin).

M. Lejars qui, lui, n'envisage que la lymphangite tuberculeuse, admet une forme *tronculaire*, comprenant elle-même les sous-classes suivantes :

- 1° Forme typique, polynodulaire, en série ;
- 2° Forme *paucinodulaire*, à distance ;
- 3° Les gommès et les abcès froids, d'origine lymphangitique.

A côté de cette forme *tronculaire*, il admet une forme *reticulaire*, pour laquelle il distingue deux sous-genres : la forme *lupique* et la forme *lymphangiectasique*, attendant, pour fixer définitivement cette dernière forme que le mémoire de MM. Hallopeau et Goupil soit terminé.

La classification de M. Morel-Lavallée ne comprend, en somme, que trois classes, se rapportant à la lymphangite tuberculeuse, savoir : les formes *noueuse* ou *trunculo-noueuse*, *réticulaire* et *ampullaire*. Cette classification a l'inconvénient de laisser de côté un certain nombre de cas, de lésions tuberculeuses, à localisation et d'origine certaine-

ment lymphangique ; de plus, ils ne distinguent pas, comme le fait M. Lejars, deux types qui méritent certainement d'être séparés ; la forme en cordon continue ou moliniforme et celle à foyers isolés.

La classification de M. Lejais, mérite d'être conservée, au moins dans ses grands traits. Toutefois, sa troisième classe de lymphangite, tronculaire, (gomme et abcès froids d'origine lymphangitique) est assez difficile à délimiter ; il faut se garder, en effet, de confondre, avec la lymphangite tuberculeuse le simple transport à distance du germe tuberculeux, qui engendre, ici une gomme ou un abcès froid, là un lupus, et cela, sans participation de la paroi du vaisseau. Nous éliminerons donc cette troisième classe, pour faire rentrer tous les cas d'origine vraiment lymphangitique dans la forme, paucinodulaire à distance, de M. Lejars. Pour ce qui est de la forme réticulaire, on ne saurait y faire rentrer la forme lymphangiectasique, pour cette simple raison, que, dans cette forme, si les réseaux sont atteints, les troncs principaux le sont également. Enfin, la forme lupique de *Jeanselme* pourrait être rapprochée aussi de la forme « *ulcère tuberculeux* » de M. Hanot, et il nous semble préférable de créer, pour ce groupe de faits, une classe à part.

En résumé, il semble que l'on peut reporter les faits, aujourd'hui connus, de lymphangite tuberculeuse, dans quatre groupes et nous proposons la classification suivante :

1° Type en cordon, moniliforme (Bazin) ;

2° Type à foyers isolés ;

3° Forme angiectasique ;

4° Lymphangite réticulaire, qui, en intéressant, par propagation, le fin réseau cutané peut s'y traduire par une lésion scrofulo-tuberculeuse quelconque, (ulcération, lupus), comme dans le cas de M. Hanot et dans celui de M. Jeanselme.

Quelle que soit la forme qu'affecte ultérieurement la lymphangite tuberculeuse, elle se caractérise, au début, quand elle succède à une inoculation, par une lésion variable, qui, dans tous les cas, paraît la première et de laquelle partent, en général, les trainées lymphangitiques.

Examinons sous quels aspects se montre « *ce chancre d'inoculation* », qui marque la porte d'entrée du bacille. Dans le cas de Merklen, ce fut la forme tuberculeuse verruqueuse *Riehl-Faltauf*, alors non décrite, que suivit l'inoculation ; la description de M. Merklen mérite d'être rapportée.

« Ce furent de petits boutons rouges, douloureux, siégeant « à la face dorsale du médius droit et à la racine de l'index « gauche.

« Après avoir suppuré, ces boutons se recouvrirent de « croûtes et parurent se dessécher ; mais, en réalité, ils ne « guérèrent pas et, à leur niveau, se développèrent des pla-
« cards légèrement verruqueux et devenant douloureux, « sous l'influence des frottements et des chocs. »

Chez le malade de M. Jeânselme, ce sont « deux petits boutons qui laissent suinter un peu de liquide blanc, puis de l'eau « teintée et rousseâtre. Ces petits boutons, ressemblant à des « points blancs, étaient situés sur une base indurée. »

Dans le cas de Karg, « ce fut un tubercule anatomique vulgaire ».

Dans une observation de M. Lejars, ce furent des nodules arrondis, gros comme des pois, peu douloureux, qui se ramollirent et devinrent ulcéreux, en livrant passage à un peu de pus jaunâtre.

On note encore de petites vésicules, grosses comme la tête d'une épingle, qui s'ulcèrent dans la suite.

En parcourant les autres observations citées par nous, on voit, sous combien d'aspects différents, peut se présenter

cette lésion initiale ; mais, en somme, la forme la plus fréquente est, soit le tubercule anatomique, soit la tuberculose verruqueuse Riehl-Paltauf.

Il est évident que, dans les nombreux cas où la lymphangite tuberculeuse est secondaire, on observe, en même temps qu'elle, assez souvent, la lésion dont elle provient : lupus, onyxis, spina, ostéo-arthrite, ulcère, gomme, etc..

Quelle qu'ait été la lésion initiale, la lymphangite se présente sous une des quatre formes que nous avons distinguées ; décrivons d'abord la première.

PREMIÈRE FORME

TYPE EN CORDON MONILIFORME.

Polynodulaire en séries, de M. Lejars, *Tronculo-noueuse de M. Morel-Lavallée*. — *Lymphite valvulaire de Bazin*.)

On pourrait l'appeler : *type Bazin-Merklen*.

C'est le type le mieux défini, c'est celui qui a été vu le premier, qui est décrit dans les deux observations fondamentales de Bazin et de M. Merklen, qui est figuré dans les traités et représente l'affection, on peut dire, dans sa pureté.

A la suite d'une piqure, d'une déchirure de la peau, produite par un corps chargé de matières septiques, d'une plaie siégeant, en général, aux doigts ou aux parties saillantes de la main, on voit se produire, après un certain temps, qui répond à une véritable incubation, et au point même de l'inoculation, une série d'aspérités coupées de fissures étroites et profondes, des végétations qui rappellent l'aspect des verrues, (*tuberculose verruqueuse*) ; cette surface suppure légèrement et, en l'examinant de plus près, on voit qu'elle est constituée par

les papilles dermiques, considérablement augmentées de volume. Ces saillies papillaires laissent entre elles des sillons baignés d'un pus jaunâtre, ordinairement concrété en croûtes ou squammes adhérentes, et le tout repose sur une base rouge, violacée. C'est là la forme de tuberculose inoculée, si bien observée par Richl-Paltauf.

Au bout de quelque temps, apparaît, un peu au-dessus de cette lésion initiale, à la main par exemple, s'il s'agit du membre supérieur, un nodule arrondi, d'abord dur, rénitent, mobile sous la peau, plus tard ramolli, fluctuant, soulevant l'épiderme violacé et aminci. Quelques jours après, c'est un second, un troisième, un quatrième nodule, qui apparaissent au poignet, puis à l'avant-bras ; ces nodules, identiques au premier, sont disposés en séries : ils se suivent, placés sur une même ligne verticale ; ils marquent, pour ainsi dire, les étapes successives, la marche ascensionnelle du germe tuberculeux ; généralement situés en dedans ou en dehors de l'axe de l'avant-bras, (nous avons pris, comme exemple, le membre supérieur), ils subissent la même évolution que le premier nodule apparu : durs, rénitents, mobiles tout d'abord, ils finissent par se ramollir, puis deviennent fluctuants.

Plus tard encore, la lésion continue sa marche ascendante et la série des nodules se complète ; on en observe au coude et le ganglion épitrochléen peut se prendre ; on en voit encore apparaître à la face interne du bras, et, c'est ici encore, la même évolution, la même série verticale de noyaux indurés, puis d'abcès échelonnés.

A ce moment, si l'on palpe attentivement le membre, on peut sentir, entre ces nodules, « *un cordon* » qui les relie, l'un à l'autre, à la manière des grains d'un chapelet. Ce cordon est cylindrique, mais c'est un cylindre de calibre inégal,

renflé par places, moniliforme. Tantôt c'est une fine cordelette, ou, au contraire, un gros cylindre, qui rappelle le boudins farineux. (Bazin), ou bien une bande indurée. Il y en a parfois plusieurs. Ce cordon roule sous le doigt; il est dilaté, en certains points, par de petites ampoules et l'on croit sentir, à intervalles réguliers, des indurations qui, on le croirait, siègent au niveau même des valvules, (*lymphite valvulaire* de Bazin).

Plus tard, ce cordon, à son tour, présentera la même évolution que les nodules cutanés : certains points se ramolliront; ces ampoules, ces épaissements valvulaires, deviendront fluctuants et s'ouvriront au dehors.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les figures des mémoires de M. Lejars, Merklen, Morel-Lavallée, sur celles que nous donnons nous-même plus loin, et surtout sur les magnifiques moulages de M. Baretta, au Musée de *Saint-Louis*, pour se faire une idée très complète de la maladie, à ce moment.

On y voit à l'extrémité du membre, la lésion initiale, puis la série des nodules et la corde précédemment décrites; en plusieurs points se détachent des ulcérations dont quelques-unes arrondies, coniques, ressemblent à de petits cratères et laissent suinter un pus jaunâtre. En d'autres points, la peau s'est infectée secondairement, par l'ouverture des foyers nodulaires, et c'est ainsi qu'on observe des surfaces ulcéreuses, à fond sanieux, pulpeux, suintant une sérosité. En d'autres points encore, c'est un lupus ou une plaque verruqueuse.

A ce moment, les glandes axillaires peuvent se prendre, mais cela n'est pas fatal.

L'affection même peut atteindre les organes thoraciques et devenir générale. L'état de l'organisme alors devient mauvais : il survient de l'amaigrissement, de la toux, des sueurs

nocturnes, de la fièvre le soir ; on ne tarde pas à constater des signes de tuberculose pulmonaire.

Mais, plus souvent, la lésion reste locale et présente tous les caractères d'une tuberculose atténuée ; elle peut même guérir avec une rapidité remarquable, (*faits de Merklen, de Morel-Lavallée, etc.*).

Tel est, d'une façon schématique, le tableau clinique de la lymphangite tuberculeuse, *type Merklen-Bazin*. Ce type présente incontestablement une allure spéciale, une physionomie toute particulière, qui mérite de le faire distinguer, dans le groupe des affections scrofulo-tuberculeuses de la peau, et l'on comprend, en lisant les observations les mieux caractérisés, l'étonnement de Bazin qui qualifiait cette maladie de « *singulière* », tant sont spéciaux ses caractères cliniques et remarquable son évolution.

Mais bien des cas ne se présentent pas sous des traits aussi nets, et il nous faut entrer maintenant dans l'étude détaillée des phénomènes signalés dans les différentes observations.

Et d'abord parlons des nodosités.

Elles apparaissent à une époque très variable du début de la maladie. Dans l'observation de Bazin, il s'est écoulé près de deux ans, dans celui de Merklen deux mois au moins ; mais, d'autres fois aussi, il n'y a que quelques jours seulement entre l'inoculation, le chancre, et l'apparition du premier nodule. Dans les cas où la lymphangite est secondaire, c'est souvent, sans raison appréciable, que les vaisseaux lymphatiques se prennent à leur tour ; dans ces cas, c'est du jour au lendemain que l'on s'aperçoit de la présence, au-dessus du foyer, d'un nodule qui n'existait pas la veille ; d'autres fois, c'est à l'occasion d'une intervention thérapeutique, d'une injection dans un foyer, par exemple, que l'on voit apparaître l'induration des vaisseaux blancs.

Ordinairement aussi les nodosités se succèdent, comme dans notre première description ; en général, elles se suivent d'assez près, mais arrivent à maturité à des époques variables. Presque constamment, elles suivent le trajet anatomique des vaisseaux blancs.

Les dispositions les plus fréquentes sont les suivantes : aux membres supérieurs, les cordons, partant d'un doigt, contourment la racine de ce doigt, pour atteindre la face dorsale de la main, se divisent en deux groupes, radial et cubital, sur lesquelles s'échelonnent les nodosités ; puis apparaissent des groupes internes le long des bras. A la jambe, les lésions se répartissent surtout du côté de la région malléolaire interne, au creux poplité, à la face interne de la cuisse et au triangle de Scarpa. Ces dispositions étaient à prévoir, puisqu'elles répondent exactement au trajet anatomique des absorbants.

Les noyaux, au point de vue de leur situation dans la peau, doivent être distingués en noyaux intra-dermiques et noyaux sous-cutanés ; quant aux noyaux profonds, ils ne sont appréciables cliniquement que quand ils s'abcèdent et se rapprochent de la surface de la peau, pour s'ouvrir au dehors. Leur nombre est très variable : tantôt ils sont très nombreux, comme dans les cas de Bazin où ils formaient une série presque ininterrompue le long du membre, dans celui de M. Merklen et dans celui de M. Morel-Lavallée, où, à l'avant-bras, ils étaient disposés en trois séries verticales, formant de véritables cordons. Dans l'observation de MM. Dubreuilh et Auché, les nodosités sont disposées sur deux séries, radicales et cubitales, et sont encore très nombreuses ; mais, d'autres fois, on en compte beaucoup moins, sept ou huit seulement ou même trois ou quatre (*Arrou*).

Le volume de ces nodosités ne varie pas moins : le plus

souvent, les auteurs comparent leur volume à celui d'une lentille, d'un pois, d'une noisette ; mais, d'autres fois, elles deviennent grosses comme un œuf ou une petite orange. L'aspect du cordon varie également, dans de grandes proportions ; nous avons déjà signalé quelques-uns de ses caractères : il est habituellement dur, roulant sous le doigt, avec des épaisissements valvulaires ; il présente aussi des points ramollis ; sa situation peut être superficielle, mais, le plus souvent, il est sous-cutané ou même profond et difficile à sentir. Dans les cas où il y a cette périlymphangite, dont nous avons parlé à l'anatomie pathologique, il devient adhérent, il ne roule plus sous le doigt, on ne sent plus quelquefois qu'une large bande, sans contours précis. Nous avons aussi parlé de son volume, qui est des plus variables. Ce cordon est parfois unique, ou, s'il y en a plusieurs, il n'en existe qu'un seul pour relier chaque série verticale de nodosités ; cependant, dans plusieurs observations, il s'est trouvé multiple. Chez sa malade, M. Arrou sentait plusieurs cordelettes, rampant verticalement. M. Brioleau décrit, chez une jeune fille, des cordons fins, serpentant sous la peau ; ces petits cordons étaient légèrement blanchâtres, avec nodosités échelonnées, en grains de chapelet. Dans l'observation de M. Chipault, il y avait, le long de la face interne de l'avant-bras, quatre cordons noueux, non douloureux, roulant sous la peau.

Les abcès qui siègent au niveau des nodosités ou sur le cordon même, présentent, en général, les caractères des abcès froids : c'est ce qui justifie l'expression de *lymphangite gommeuse*, *scrofulo-gommeuse*, employée dans plusieurs observations. Leur marche est essentiellement chronique. Lorsqu'ils s'ouvrent à la peau, ils laissent s'écouler un pus mal lié, grumeleux ou bien une sérosité louche ; parfois c'est un pus blanc et séreux, d'apparence chyleuse, (*Bazin*), ou encore

de l'eau roussâtre. Leur cicatrisation est des plus lentes et, le plus souvent, ils deviennent le point de départ d'ulcérations et de lésions secondaires de la peau.

Dans un certain nombre de cas, c'est tout simplement l'orifice de l'abcès qui ne se ferme pas ; les bords s'indurent, deviennent calleux ; ils se décollent, la peau s'épaissit et il persiste une fistule, sans tendance à la cicatrisation ; dans d'autres cas, autour de cette fistule, la peau se surélève, elle présente la forme d'un cône, d'un petit cratère, et, d'après la comparaison de M. Morel-Lavallée, la forme d'un furoncle ; dans d'autres cas, le pourtour de la fistule devient croûteux, se couvre de pustules et donne absolument « *l'aspect de syphilitides tuberculo ou pustulo-croûteuses* » ; dans d'autres cas encore, où la peau s'inocule autour de ces foyers, elle présente des placards indurés, recouverts de croûtes et de squammes « *d'aspect franchement papillomateux* » ; c'est encore de la tuberculose véraqueuse. Fait singulier et qui a frappé plusieurs observateurs : dans nombre de cas, on n'a pas observé d'adénopathies ; pour le membre supérieur, il est assez souvent noté que l'adénopathie axillaire faisait défaut ; à la jambe, dans quelques cas, on ne trouva point de glandes inguinales.

Cette forme de lymphangite tuberculeuse, si bien individualisée par ses caractères cliniques, présente, en général, dans son évolution, un caractère spécial de bénignité qui la différencie singulièrement des autres affections tuberculeuses de la peau.

En effet, le pronostic en est bénin. Nous avons vu, à l'anatomie pathologique, que le bacille de Koch y semblait atténué. La clinique vérifie le fait ; M. Merklen nous disait récemment avoir remarqué le caractère de bénignité de l'affection chez sa malade, qui fut rapidement guérie ; de son côté M. Morel-

Lavallée s'étonne, dans son observation de la guérison « *aiguë* » de cette lésion tuberculeuse, « cette guérison, » dit-il, « fût-elle temporaire, et quelle que soit la part qu'y aient eus les injections sous-cutanées de vaseline iodoformée. » Dans le cas de M. Jeanselme, la malade, après un traitement chirurgical énergique, est radicalement guérie.

Terminaison des plus favorables, également, dans cinq cas de M. Prioleau, dans un cas de M. Arrou, dans un autre de M. Lejars. Il est vrai que tous les faits ne sont pas aussi favorables; le malade de Bazin fut assez peu amélioré par le traitement; celui de M. Chipault fut le seul qui présenta des signes de tuberculose généralisée.

Nous faisons suivre la description de cette première forme de lymphangite tuberculeuse, de 13 observations qui nous ont paru s'y rapporter; nous n'avons relevé que les plus démonstratives, celles dans lesquelles se trouvaient, nettement spécifiées, la disposition *en série* des nodules et la présence du cordon: c'est ce qui explique le petit nombre de ces observations.

OBSERVATION I.

NOTE SUR UN CAS DE TUMEURS SUPPURÉES DES LYMPHATIQUES DU
MEMBRE SUPÉRIEUR.

Par L.-E. DUPUY.

Nous avons eu occasion d'observer dans le service de M. Bazin une affection toute spéciale des lymphatiques du membre supérieur.

La nature et l'origine de cette affection sont encore, pour nous, entourées de beaucoup d'obscurité. Mais plusieurs cas analogues s'étant présentés ces derniers temps à l'hôpital Saint-Louis, il nous est permis d'espérer que bientôt ce chapitre peu connu des affections lymphatiques sera plus complètement élucidé.

Voici, avec tous ses détails, l'observation de notre malade :

D... (Henri), âgé de 63 ans, ébéniste. Homme d'une constitution encore vigoureuse; entré le 4 avril 1870, à l'hôpital Saint-Louis, et est couché au lit n° 43 du pavillon Saint-Mathieu, service de M. Bazin.

Cet homme nous dit avoir toujours joui d'une santé excellente, et n'avoir jamais fait aucune maladie grave; il nie tout antécédent vénérien. Marié depuis vingt-deux ans, il n'a jamais eu d'enfants; ce qu'il faut attribuer sans doute à une affection utérine de sa femme qui, dit-il, n'était point réglée.

Il y a deux ans, il a aperçu entre le premier et le deuxième métacarpien de la main droite une petite tumeur arrondie, dure; celle-ci se développa peu à peu en étendue et finit par s'ulcérer. Après s'être traité par des applications de cataplasmes notre malade voyant que son état ne faisait qu'empirer, alla consulter le chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine; on détruisit sa tumeur avec une pâte caustique et la cicatrisation opérée, il ne subsista sur la main qu'un peu de rougeur. Mais au bout d'un mois environ, cette rougeur au lieu de disparaître, présenta des bosselures et une couleur violacée. Actuellement on observe un placard circonscrit, occupant le premier espace intermétacarpien, d'un rouge violet, et présentant tous les signes d'une hypertrophie papillaire assez prononcée.

Malgré cela cet homme avait repris ses occupations et pouvait y vaquer, sans éprouver aucune douleur ni même la moindre fatigue, lorsqu'il y a trois mois, se forma à peu de distance du placard que nous avons décrit, (c'est-à-dire au niveau de la taba-

tière anatomique), une petite nodosité parfaitement arrondie, rouge et assez douloureuse. Huit jours après, début d'une deuxième petite tumeur, à trois doigts au-dessus de la première, sur le bord radial de l'avant bras; mais le processus ne se borna pas là, et une série de tumeurs identiques aux premières se développa sur l'avant bras et le bras, de bas en haut, et successivement, à des intervalles de quatre à huit jours. De telle sorte que, au moment où le malade se présente à nous, nous constatons l'état suivant :

Le long du bord radial de l'avant-bras, à partir de la tabatière anatomique, s'étend une série de petites tumeurs ou nodosités qui le contournent, en se portant en dedans, gagne la face intérieure de l'avant-bras, et finalement le bord interne du bras, à des intervalles de 7 à 8 centimètres.

Dans l'intervalle des tumeurs, la peau est parfaitement saine; le ganglion sus-épitrochléen et les *ganglions axillaires* ne sont nullement tuméfiés.

Les tumeurs, dont nous venons d'indiquer la disposition, sont nettement arrondies, d'une coloration rouge violacée et fluctuantes; elles varient du reste de caractère, suivant la place qu'elles occupent. En effet, les nodosités supérieures, s'étant formées les dernières, sont à un degré moindre d'évolution. Tandis que les tumeurs inférieures sont plus superficielles, nettement fluctuantes et manifestement enflammées; les supérieures sont plus profondes et la peau qui les recouvre est parfaitement saine, l'on sent même la tumeur la plus élevée rouler sous la peau.

En présence de cette affection singulière, M. Bazin crut devoir suspendre son diagnostic et émit l'idée qu'il pourrait bien s'agir ici d'hydrosadénite-traumatique, phlegmoneuse, consécutive à une lymphangite. Il ordonne l'application de cataplasmes de fécule, des bains d'amidon, des laxatifs.

Le 15 avril. La nodosité la plus inférieure, devenue de plus en plus rouge et fluctuante, s'est ouverte spontanément: issue d'un pus blanc et séreux d'apparence chyleuse.

Le 20. Deux nodosités nouvelles se sont ouvertes, trois autres sont sur le point de s'ouvrir ; on les incise avec une lancette : issue d'un liquide remarquablement blanc et séreux.

Le 22. Angioleucite des lymphatiques des bras et de l'avant-bras ; attribuée à l'incision des tumeurs ; cataplasmes, laxatifs, application de collodion élastique.

Le 24. L'angioleucite a disparu, on sent les lymphatiques indurés reliant les tumeurs. En présence de ces deux nouveaux faits, à savoir : l'aspect lactescent du pus des tumeurs, le développement d'une angioleucite, lors de l'incision de celles-ci et l'induration consécutive des lymphatiques, M. Bazin n'hésite plus à se prononcer et diagnostique des abcès lymphatiques, devant, suivant toute probabilité, siéger au niveau des valvules.

Le 4 mai. Les nodosités inférieures ont peu de tendance à se cicatriser, les bords s'indurent et, au milieu, persistance d'une fistulette, qui jette de la sérosité grisâtre en assez notable quantité.

A la partie moyenne de la face interne du bras, nodosité sous-cutanée plus volumineuse, plus profonde et plus franchement fluctuante que les autres. Au moyen de l'aspirateur Dieulafoy, on en retire environ 30 grammes de pus lactescent, avec tous les caractères que vous avons signalés précédemment. Ce pus fut immédiatement soumis à l'examen microscopique, par notre excellent ami M. Renaut, interne à l'hôpital Saint-Louis. Voici les résultats qui nous furent fournis.

Cette matière puriforme est composée d'un détritüs granuleux, formé de granulations protéiques et graisseuses, agglomérées en masses ou libres, tout à fait semblables à celles qu'on trouve dans un caillot fibrineux, ramolli à son centre.

Au milieu de cette masse, existent des cellules, munies ordinairement d'un seul noyau, arrondies, peu granuleuses, claires, en tout semblables aux globules blancs du sang et mesurant 6 à 7 millièmes de millimètre.

Suivant M. Renaut ces éléments seraient différents du pus ordinaire, qui présente des bords anguleux sombres et infiltrés de nombreuses granulations graisseuses.

Le 22. Un certain nombre de nodosités se sont cicatrisées, à la face antérieure de l'avant-bras et il ne persiste plus qu'une plaque rouge un peu surélevée ; mais chez la plupart, la cicatrisation est moins avancée, les bords restent indurés, et, au milieu, il persiste un orifice fistuleux par lequel s'écoule une notable quantité de pus séreux.

Juin. Le malade quitte l'hôpital, sur sa demande, quoique son état ne se soit pas sensiblement amélioré depuis le 22 mai.

En résumé, l'affection qui nous occupe consiste en une série de petites tumeurs superposées, disposées en chapellet sur le trajet des lymphatiques du membre supérieur et développées successivement de bas en haut.

La marche fut essentiellement chronique ; le début remontait à trois mois avant l'entrée à l'hospice, et six semaines de séjour dans le service ne nous ont permis d'assister qu'à une partie de l'évolution, le malade étant sorti avant sa parfaite guérison. Enfin le processus s'est compliqué, sous l'influence d'une cause en apparence insignifiante, d'une angioleucite, à laquelle succéda une inflammation chronique avec induration consécutive des lymphatiques. M. Bazin diagnostique des abcès siégeant selon toute probabilité au niveau des valvules.

En effet, tout porte à croire qu'il ne peut être question ici ni d'une hydrosadénite phlegmoneuse, ni de toute autre suppuration ayant son siège dans le tissu cellulaire périlymphatique. La marche essentiellement chronique de l'affection, les caractères du pus, le mode de développement et le siège des tumeurs, le retentissement facile, sur tout le système lymphatique brachial, des incisions pratiquées sur les nodosités et surtout sur l'induration consécutive des lymphatiques, constituent autant de présomptions en faveur du diagnostic porté par notre honoré maître M. Bazin.

Mais peut-on aller plus loin et rechercher le point de départ, le siège exact de la suppuration ? Peut-on, en d'autres termes, donner une explication pathogénique de l'affection, dont nous avons décrit les diverses phases ? Jusqu'à présent, cela ne nous

est point possible. M. Renaut en examinant le pus des abcès fut frappé de son analogie avec le détritux granuleux, produit de la dégénérescence des caillots fibrineux ; il se demande si, au niveau de chaque valvule, il ne s'était pas produit un coagulum lymphatique, dont la dégénérescence granulo-graisseuse aurait amené chacune des tumeurs suppurées. Cette explication ingénieuse rend parfaitement compte des faits ; mais, outre qu'elle est susceptible de certaines objections, (et entre autres la difficulté de la lymphe à se coaguler), elle a besoin, pour que nous l'admettions sans réserve, tout au moins d'une confirmation anatomique.

Sur un champ d'expérience aussi étendu que l'hôpital Saint-Louis, des faits nouveaux ne peuvent faire défaut, et nous espérons avoir bientôt la solution des diverses questions que nous ne pouvons encore que poser.

OBSERVATION II.

Inoculation tuberculeuse localisée aux doigts. Lésions secondaires de l'ordre du tubercule anatomique. Lymphangite tuberculo-gommeuse consécutive, par M. le D^r MERKLEN, médecin du Bureau central.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît réaliser toutes les conditions de probabilité, sinon de certitude, en faveur d'une tuberculose inoculée. Les lésions cutanées dont elle est atteinte sont si remarquables par leur mode de développement et leurs caractères objectifs que j'ai cru devoir la soumettre à votre examen avant la mise en œuvre de tout traitement local.

Cette femme, âgée de 26 ans, a perdu son mari, il y a six mois, d'une tuberculose pulmonaire datant de trois années. D'une bonne santé habituelle et sans le moindre antécédent suspect ni du côté de ses parents, ni du côté de ses collatéraux, elle a été

(1) Sociétés méd. des hôp., 1885.

la garde-malade de son mari, pendant les six derniers mois de sa vie, lavant elle-même son linge et ses crachoirs, habitant la même chambre et partageant son lit; un travail de jour et de nuit lui permettait en même temps de subvenir aux besoins du ménage. Malgré cette hygiène défectueuse, elle se portait bien et n'avait jamais toussé, quand, il y a quatre mois, (deux mois par conséquent après la mort de son mari), elle s'aperçut de petits boutons rouges et douloureux, siégeant à la face dorsale du médius droit et à la racine de l'index gauche. Après avoir suppuré, ces boutons se recouvrirent de croûtes et parurent se dessécher; mais en réalité, ils ne guérèrent pas, et à leur niveau se développèrent des placards légèrement verruqueux, saignant et devenant douloureux, sous l'influence des frottements et des chocs.

La malade cependant ne s'en inquiétait pas autrement, quand, un mois plus tard, se montrèrent trois nodosités saillantes, dures, de la grosseur d'un pois, à la face antérieure du bras; ces petites tumeurs augmentèrent de volume, se ramollirent; la peau à leur niveau prit une teinte rouge livide, et bientôt les deux plus élevées s'ulcérèrent et se recouvrirent de croûtes. Au bout de quelques semaines, les mêmes lésions se développèrent sur le dos de la main et à la région externe de l'avant-bras. Enfin, ces derniers jours, la malade s'est aperçue d'une petite éruption analogue à la face interne du coude droit.

Jamais d'ailleurs elle n'en a souffert; sa santé générale est restée bonne, à part l'amaigrissement, constaté par ses parents plutôt que par elle-même. C'est seulement en voyant se multiplier les nodosités cutanées de ses bras qu'elle s'est décidée à se présenter à la consultation, à M. le D^r Ernest Besnier, que j'ai l'honneur de remplacer à l'hôpital Saint-Louis.

Je n'insisterai pas, messieurs, sur les détails de l'observation. Je me contenterai, en vous présentant ces moulages (1) très

(1) Ces moulages portant les nos 1065 et 1065 bis, au Musée de l'hôpital Saint-Louis. Voir, plus loin, les figures 1 et 2.

bien exécutés par M. Baretta, et tout à l'heure la malade elle-même, de vous donner un rapide aperçu des lésions.

Le point de départ de l'affection siège à droite, comme à gauche, au niveau des doigts; le caractère de la lésion initiale se montre avec sa plus grande netteté à la face dorsale du médius droit. On y voit un placard ovulaire, d'un rouge violacé squammeux, rugueux et légèrement saillant, reproduit par le moulage.

En détachant quelques squammes, on découvre une surface mamelonnée, nettement papillomateuse; au palper, on sent une infiltration diffuse du derme, donnant l'impression d'une tumeur étalée. En un mot, cela ressemble tout à fait à un *tubercule anatomique*. Même aspect à la racine de l'index gauche, où le pli digito-palmaire présente une fissure profonde, à bords durs et cornés. La remarquable richesse du réseau lymphatique de cette région explique le plus grand développement des noyaux lymphangitiques à gauche; c'est le bras qui a été moulé. Enfin l'auriculaire gauche présente, sur le bord interne de l'ongle, des lésions du même ordre.

A ces dermopathies succèdent des traînées de lymphangite nodulaire, discrètes à droite, très développées sur le membre supérieure gauche, où je les décrirai rapidement. Les nodosités peuvent être parfaitement suivies par la vue et le palper, tout le long des troncs lymphatiques superficiels, qui, partant de la racine de l'index, vont constituer le groupe externe ou radial. Elles forment une sorte de chapelet, dont les grains se succèdent sur une ligne étendue de l'index à la paroi antérieure de l'aisselle, en passant à la face dorsale de la main et de l'avant-bras, au devant et à la face antérieure du bras.

Les plus petites nodosités ont le volume d'un grain de mil; elles siègent dans l'hypoderme et sont mobiles sous la peau. On en sent un grand nombre à la région externe de l'avant-bras, près du coude. A un degré plus avancé, ces petits grains font corps avec la peau et forment une saillie appréciable à la vue.

A la face dorsale de la main et de l'avant-bras, ce sont de gros

tubercules, du volume d'un pois jusqu'à celui d'un noyau de cerise, les plus petits, durs, les plus grands, ramollis à leur centre; ils sont indolents, et la peau, à leur niveau, est violacée et amincie.

A la face antérieure du coude, un de ces tubercules, devenu plus gros, est mou et fluctuant, présentant tous les caractères d'une gomme cutanée. Disons tout de suite que le pus de cette gomme, examiné par M. Marfan, interne à l'hôpital Saint-Louis, *contient des bacilles de la tuberculose*. Il s'agit donc d'une gomme tuberculeuse. Enfin plus haut, les noyaux tuberculo-gommeux sont ulcérés et recouverts de croûtes.

Toutes ces nodosités sont réunies par des cordons durs, qu'on sent nettement au coude, et qui sont évidemment des vaisseaux lymphatiques chroniquelement enflammés. Enfin, on trouve dans l'aisselle, en arrière de sa paroi antérieure, plusieurs ganglions durs, gros et, d'ailleurs, indolents.

Nous avons déjà dit que la santé générale de la malade ne paraît pas avoir subi d'altération notable. Son affection semblerait être exclusivement externe et locale. Et cependant, malgré l'absence de toux, d'hémoptysie, de sueurs nocturnes, en dépit de la conservation des forces et de l'appétit, l'auscultation des sommets des poumons révèle des signes incontestables d'infiltration tuberculeuse, au début, surtout à gauche. Le murmure vésiculaire s'entend, très affaibli, dans les deux fosses sus-épineuses; à gauche quelques crépitations fines sont perçues, quand on fait tousser la malade.

Comme je le disais en commençant, Messieurs, l'observation est incomplète; l'examen histologique d'un des noyaux excisés et le contrôle de l'inoculation viendront sans doute confirmer le diagnostic, exclusivement clinique, que je vous soumets. Je crois donc devoir réserver la discussion approfondie de ce cas, et je me contenterai d'émettre, en terminant, les quelques considérations suivantes.

Par leur évolution et leurs caractères objectifs, les nodosités lymphangitiques de ma malade, se rapprochent des gommés

scrofuleuses hypodermiques, et leur nature tuberculeuse, ou mieux bacillaire, est démontrée par l'examen histologique. Cette lymphangite tuberculo-gommeuse s'est développée à la suite de lésions des doigts, lesquels présentent tout à fait l'aspect du tubercule anatomique. Or, vous le savez, MM. Vidal et Ernest Besnier, (et M. Verneuil s'est rallié à leur opinion), considèrent le tubercule anatomique, communément observé chez les étudiants en médecine et les garçons d'amphithéâtre, comme la conséquence d'une inoculation tuberculeuse accidentelle au cours des autopsies. L'existence insolite de tubercules anatomiques, chez une femme étrangère à ce genre d'opérations, suppose tout au moins une pathogénie analogue.

Et comment ne pas incriminer, pour notre malade, le contact inévitable des doigts avec les vêtements et le linge, souillés par des crachats tuberculeux frais ou desséchés ?

Je conclus donc que cette femme s'est inoculé le virus tuberculeux, par des écorchures des doigts ; que ce virus, après avoir laissé les stigmates de son passage, sous forme de tubercules anatomiques, a infecté les lymphatiques des membres supérieurs ; qu'actuellement les sommets des poumons sont le siège de lésions tuberculeuses commençantes, consécutives aux manifestations périphériques et externes de la maladie. Je suis heureux de déclarer que cette interprétation a été confirmée par mon savant maître, M. Besnier, qui a bien voulu examiner la malade.

De cette conclusion pathogénique découlent les indications thérapeutiques. Je me propose de détruire toutes les lésions accessibles, et tout d'abord celles des doigts, par la cautérisation ignée, procédé le plus sûr, comme l'enseigne M. Besnier, pour éviter les auto-inoculations tuberculeuses. Malheureusement le traitement ne pourra être appliqué dans toute sa rigueur, en raison de la multiplicité et de la profondeur des foyers angioleuciques, sans parler même de l'adénopathie axillaire. La malade a d'ailleurs été soumise, dès son entrée à l'hôpital, à un régime tonique et à la médication arsenicale.

Lors de la communication de cette observation, M. Vidal ajouta :

« J'ai eu l'occasion d'examiner la malade de M. Merklen et je
« n'ai pas hésité à confirmer le diagnostic de tuberculose. »



Figure 1: MUSÉE DE SAINT-LOUIS, moulage n° 1065.

Tuberculose cutanée. — Lymphangite tuberculogommeuse.

M. Merklen, suppléant M. Besnier.



Figure 2: MUSÉE DE SAINT-LOUIS, moulage n° 1065 (bis).

Doigt indicateur (face plantaire) du moulage 1065, montrant le point inoculé.

« L'aspect des tumeurs qu'elle présente; si l'on ne tient pas
« compte de leur siège et de leur distribution sur le trajet des
« lymphatiques, rappelle les lésions que vous avez pu constater
« chez un malade, que je vous ai présenté, lors de la discussion
« sur la scrofule et la tuberculose. Cet individu, atteint de tuber-
« culose pulmonaire au troisième degré, portait, au niveau de
« l'épaule et du bras, de petites tumeurs identiques à celle que
« nous a montrées M. Merklen. Ces tumeurs ont donné naissance
« a des gommes suppurées suivies de cicatrices multiples.

OBSERVATION III.

*Lupus de la main. Lymphangite de l'avant-bras et du bras de
nature scrofulo-tuberculeuse; amélioration rapide, (par M. Mo-
REL-LAVALLÉE).*

Le malade qui fait l'objet de ce travail a été présenté par
M. Morel-Lavallée, au nom de M. le professeur Fournier, à la
Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 8 juillet.

Cet homme entre à la salle Saint-Louis, le 5 février 1887 : il
est pâle et amaigri; son père est mort tuberculeux, il y a dix
ans; sa mère tousse et aurait une fistule à l'anus. Lui-même a
eu, à diverses reprises, à 6 ans et à 10 ans, des foyers multiples
d'ostéites scrofulo-tuberculeuses, dont il porte les traces, sous
forme de cicatrices froncées, déprimées, adhérentes aux os;
(eaux de Forges, toniques, etc.; guérison; intégrité des organes
respiratoires).

Il n'a jamais contracté la syphilis; pas de stigmates d'hérédité
de cet ordre.

Six mois (?) avant son entrée à l'hôpital, le 5 février 1887, sur
la cicatrice d'une ancienne lésion strumeuse, à la face dorsale
de la main droite, apparut un « petit bouton », suintant, qui
bientôt s'étendit, d'une façon serpigineuse, pour gagner toute la
face dorsale de la main et du poignet, puis tout le poignet et la
partie inférieure de l'avant-bras, pour en arriver à constituer la

lésion telle qu'elle est reproduite au Musée de Saint-Louis, n° 1224 et 1225.

L'aspect objectif est celui d'une scrofulide végétante, d'une tuberculose cutanée, de forme verruqueuse. Sur un fond rouge, mollassé, livide, infiltré, s'élève un amas de croûtes jaune sale, souillées de pus, irrégulières, mal stratifiées, assez adhérentes. En-dessous d'elles, la peau est, ou bien à peine érodée, (mais infiltrée), ou bien le siège de végétations papillomateuses, mamelonées, grisâtres, bourgeonnantes. Par places, les croûtes sont agglomérées, plus épaisses. Autour d'elles, la peau est enflammée, turgescence, mais d'un rouge violacé. Ailleurs, on voit des tuméfactions dépressibles, quelquefois fluctuantes, et donnant la sensation ou d'un abcès ou d'un contenu semi-fluide et gommeux.

Le pourtour de la région ulcéro-croûteuse est marqué par un liséré livide, assez large, ni festonné, ni figuré et qui déteint, en haut, sur la peau voisine.

Celle-ci serait, depuis trois mois seulement (?), le siège des lésions qui restent à indiquer.

Du poignet à la région deltoïdienne, la face antérieure du membre est occupée par une série de nodosités ; les unes émergent à peine de la nappe d'infiltration rougeâtre, qui se confond avec les lésions précédentes ; les autres, plus haut, sont des nodules pisiformes, enchâssés dans le derme ; sur eux, la peau est tantôt surélevée et ulcérée, en forme de furoncle, et tantôt offre absolument l'aspect de syphilides tuberculo ou pustulo-croûteuses. Plus on monte vers le deltoïde, plus ces tumeurs deviennent grosses et fluctuantes. Remarquez qu'elles sont rangées en séries verticales, et particulièrement en trois séries verticales, formant de véritables cordons interrompus. C'est donc là une vraie « lymphangite gommeuse ». Celle-ci aboutit à des ganglions axillaires volumineux et douloureux. La plus forte des gommées, ci-dessus décrites, grosse comme une mandarine, siège vers le milieu du bord interne du cubitus, sous la peau, qui est saine et non adhérente.

On constate en outre :

Une tumeur d'aspect également gommeux, sous la peau de la jambe droite, datant d'environ un an.

A la jambe droite, une fistule sous-cutanée, à bords relevés, infiltrés et livides, un type de fistule écroueleuse des enfants.

Intégrité absolue des organes viscéraux, notamment des poumons.

Le diagnostic porté par tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis est : « scrofulo-tuberculose, scrofulide, tuberculose cutanée, lupus, et lymphangite tuberculeuse. »

Poursuivons.

En février. — Traitement ioduré (3 grammes) : résultat nul.
5 mars. — Le malade a maigri, toussé légèrement.

Respiration rude, expiration prolongée, élasticité moindre au sommet droit.

On cesse l'iodure, on ordonne de l'arséniate de soude.

Injectons d'éther iodoformé dans les tumeurs du bras les plus fluctuantes. La peau se sphacèle, s'élimine ; le fond s'exhausse et devient verruqueux, quasi papillomateux, avec écrouelles, suintantes.

Avril. — L'aspect du poignet et de la main est le même.

Deux hémoptysies, à trois jours d'intervalle ; râles humides, bulleux aux deux sommets, surtout à droite. Ces signes s'atténuent graduellement dans les quinze jours qui suivent.

13 mai. On fait tous les matins, à la racine du membre malade, deux injections en même temps, chacune d'une seringue de Pravaz, de vaseline liquide d'Albin Meunier, de Lyon ; cette vaseline contenait en dissolution, les premiers jours, de l'eucalyptol iodoformé, ensuite de l'iodoloforme seul, à 1 pour 100. L'injection, faite très profondément, n'est aucunement douloureuse ; au bout de quelques heures on n'en peut plus trouver la trace. Cela permet de faire tous les jours les deux injections au même endroit, à savoir, dans la région humérale postérieure du même côté.

Fait remarquable : le malade qui, à la suite de l'injection

dans ses tumeurs gommeuses, d'éther iodoformé, avait nettement perçu le goût d'iode dans la bouche, ne le sentit pas une seule fois après ces injections de vaseline, non plus, du reste, qu'il n'accusa le goût ou l'odeur de l'eucalyptol, employé, dans les premiers jours, pour ce même mode de traitement.

Jusqu'au 26 mai, on fit ainsi, treize jours de suite, l'injection intra-musculaire de deux seringues (4 centimètres cubes) de vaseline, soit de 4 centigrammes d'iodoforme dissous.

26 mai. — Depuis un mois, le malade a gagné 4 kilogrammes.

Il tousse peu, ne crache pas.

Poumons. Le sommet gauche est absolument sain ; à droite, élasticité et sonorité moindre, voix et vibrations normales. Expiration rude.

Localement, les saillies papillomateuses de la nappe d'infiltration carpo-métacarpienne s'affaissent, à sa limite supérieure ; cette nappe s'aplatit et sa couleur violacée se perd dans un tissu blanchâtre de cicatrice. On dirait une zone de lupus érythémateux, en voie de guérison spontanée.

En bas, vers les espaces interdigitaux, on voit encore quelques papulo-pustules mollasses, violacées, croûteuses, mais moins saillantes, moins tendues ne menaçant plus de s'ouvrir.

Au-dessus de la tête du radius, vers l'extrémité de la zone en voie de cicatrisation, une gomme assez volumineuse est en train de se résorber.

Au bord externe du pouce, une petite gomme superficielle, en bissac, très tendue, menaçait de crever. On pensait qu'elle deviendrait végétante comme celle de la région deltoïdienne.

Elle vient de s'ouvrir, mais s'affaisse sans exuberer ; elle se recouvre d'une croûte.

En remontant jusqu'au haut du bras, on voit que toutes les nodosités sont en voie d'affaissement, quelques-unes, en voie de cicatrisation ; les cicatrices sont violacées, livides, non gaufrées, d'aspect strumeux, formant une faible saillie qui décroît de jour en jour.

La plus large de ces cicatrices, irrégulière mais presque

plane, remplace l'une des gommes prédétoïdiennes, devenue ulcérée et végétante après l'injection d'éther iodoformé.

La gomme sise le long du cubitus n'a pas changé, quoiqu'un peu moins tendue.

On ne sent pas de cordons lymphangitiques le long du bras.

Ganglions axillaires droits, gros comme des noisettes, non douloureux, non adhérents, roulant sous le doigt.

Pas d'adénopathie axillaire gauche, inguinale ou cervicale.

Même état de la gomme de la jambe et de la joue ; celle-ci n'est en rien améliorée.

26 mai. — Le malade sort pour quinze jours.

Il rentre quinze jours après et subit une nouvelle série d'injections sous-cutanées de vaseline liquide iodoformée, tous les jours, jusqu'au 8 juillet.

8 juillet. — État général aussi bon qu'à la sortie, le poids est le même. Poumons, rien autre que de la rudesse expiratoire et un peu d'obscurité des deux côtés.

Lésions cutanées : le processus d'affaiblissement et de résorption des tumeurs lymphangitiques continue. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que toute la surface autrefois recouverte par les saillies verruqueuses et croûteuses, à la main et à l'avant-bras, est aujourd'hui sans squammes, ni ulcérations, aplanie, sans saillie, presque nette, d'un rouge violet, mais moins vif, moins inflammatoire.

La peau est souple surtout à la périphérie.

Cependant, aux racines des doigts, on trouve trois ou quatre saillies pisiformes, mollasses, rappelant le lichen à grosses papules, et qui paraissent de production récente. Il en est une nouvelle, analogue, à la joue droite, près de la fistulette pré-existant en cet endroit.

Examinons les points saillants de cette observation :

1° Un homme, issu de souche tuberculeuse est atteint d'ostéites multiples, récidivantes et prolongées, depuis l'âge de 6 ans ; ses poumons restent sains. A 26 ans, il se fait une lésion tuberculeuse de la peau, (quelle que soit son origine : inoculation de

l'extérieur, auto-colonisation à la suite d'un traumatisme) ; trois mois après, lymphangite, adénopathie ; au bout de trois autres mois, hémoptysies, signes d'infection pulmonaire, et bipulmonaire.

2 La lésion squammo-croûteuse, papillomateuse de la main, origine de la lymphangite, est diagnostiquée, sans hésiter, d'ordre scrofulo-tuberculeux par *tous* les médecins de l'hôpital Saint-Louis. — Trois semaines d'iodure de potassium à bonne dose n'y ont rien fait.

Or : A. dans le pus, tantôt phlegmoneux, tantôt mal lié des gommes lymphangitiques ; et sous les croûtes, la recherche des microbes, au point de vue du bacille de Koch, (mais de celui-là seul), faite par plusieurs personnes, notamment par M. Darier, chef du laboratoire de la Faculté, à Saint-Louis, a *jusqu'ici* été négative.

B. Des cultures faites avec les produits gommeux, d'après le procédé de M. Roux, sont restées stériles.

C. Deux cobayes inoculés, il y a deux mois avec ces produits par M. E. Deschamps, *paraissent jusqu'à présent indemnes*.

L'examen des crachats n'a pu être fait, le malade ne crachant pour ainsi dire pas, et le liquide des hémoptysies n'ayant pu être recueilli.

L'excision biopsique a été refusée par le malade.

Dans l'espace de deux mois, l'énorme lésion de la main et de l'avant-bras a subi une régression telle, qu'on peut dire que dans la plus grande partie de son étendue, elle touche au terme de la guérison, par résolution, absolument comme l'eût fait un syphisme en nappe récent, sous l'influence de l'iodure. Parallèlement, les gommes lymphangitiques s'affaissaient et les poumons recouvraient presque leur fonctionnement normal.

Cette amélioration extraordinaire a coïncidé, (c'est tout ce que nous pouvons encore dire, mais nous devons le noter), avec l'emploi, fait pendant deux séries, l'une de deux semaines, l'autre de trois environ, d'injections sous-cutanées d'iodoforme dissous dans la vaseline liquide.

Disons, pour terminer, que le malade est toujours en observation ; que de nouvelles recherches histologiques et bactériologiques vont être tentées ; que le processus de néoplasie, (vrai-



Figure 3 : MUSÉE DE SAINT-LOUIS.

Tuberculose cutanée. apus végétant. Lymphangite tuberculeuse, poignet, avant-bras. — M. Fournier, 1887.

semblablement tuberculeuse), n'est pas absolument enrayé, puisque de nouvelles élevures papuleuses se montrent vers les doigts et à la joue ; que, d'ailleurs, la respiratoire reste rude, etc.

Il n'en persiste pas moins ce fait de la guérison « aiguë » d'une lésion d'aspect scrofulo-tuberculeux, et rappelant même plutôt la tuberculose vraie, le tubercule anatomique géant, que le lupus ; et cette guérison, fût-elle temporaire, n'en est pas moins extraordinaire, quelle que soit la part qu'y aient eu les injections sous-cutanées de vaseline liquide iodoformée.

Voir à l'anatomie pathologique les résultats histologiques d'une biopsie pratiquée à ce malade depuis lors, et, à la partie bactériologique, les expériences faites par M. Deschamps sur le même cas.

OBSERVATION III *bis* (personnelle, inédite).

J... R..., 23 ans, *gâinier*, entré le 20 août 1891, salle Rayet, service de M. Brouardel, (suppléé par M. Ettinger.)

Antécédents héréditaires. — Sa mère tousse depuis six ans surtout l'hiver ; frères, sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à douze ans. Depuis l'âge de dix-neuf ans, le malade est atteint d'une « bronchite chronique » qui paraît avoir débuté par une « pneumonie » depuis cette époque, particulièrement à l'automne et au printemps, il est sujet à des hémoptysis, qui durent quinze jours ou un mois et qui ont plusieurs fois nécessité son entrée à l'hôpital.

Il y a six semaines, apparut un petit noyau dur sur la face dorsale de la deuxième phalange de l'index gauche. Ce petit noyau, gros comme une lentille au début, ne tarda pas à devenir rouge ; il était recouvert d'un peu d'épiderme aminci qui s'ulcéra spontanément au point culminant de la tumeur et par cette ulcération, sortit une petite quantité de pus jaunâtre. Presque

(1) Nous devons à la bienveillance de M. Ettinger et de son interne M. Raoult, d'avoir pu recueillir cette intéressante observation.

en même temps, apparu à la face palmaire de la phalange du même doigt, un autre petit nodule du volume d'une lentille, très semblable au premier et qui s'ouvrit, comme celui-ci, en laissant écouler quelques gouttelettes de pus.

Actuellement ces deux nodules présentent le volume d'un pois : ils sont indolents, mobiles, assez durs et rappellent beaucoup l'aspect des tubercules anatomiques.

Cependant il est impossible de rapporter leur origine à une inoculation : il n'y a jamais eu à leur niveau ni plaie ni piqûre. Le malade raconte toutefois qu'étant chez lui, il crachait dans une boîte à ordures qu'il nettoyait ensuite (fait à rapprocher de ceux de Karg et de Jeanselme).

Troisième nodule à la commissure interdigitale de la main gauche entre le *medius* et l'annulaire (face palmaire). Il se développe exactement comme les deux premiers. Actuellement son volume est celui d'une lentille ; il est dur, rouge, indolent ; comme les précédents, il a donné issue, il y a quelques jours, à peu de un pus, mélangé de sang ; il présente actuellement à son sommet, une petite surface dure, rugueuse, recouverte de croûtes ; il repose sur une surface légèrement indurée et rappelle absolument aussi l'aspect du tubercule anatomique.

Ces trois premiers modules sont absolument superficiels, intra-cutanés, sous-épidermiques.

Quatrième nodule gros comme un pois dur, mobile, rénitent, sous-cutané, sans adhérence à la peau, à trois travers de doigt au dessus du poignet, du côté interne de la face antérieure de l'avant-bras.

Cinquième nodule sous-cutané dur, mobile, renitent, indolent, sans changement de couleur et sans adhérence à la peau, au bord cubital de l'avant-bras, à la moitié de sa hauteur.

Le quatrième nodule est apparu en même temps que ceux de la main.

Le malade ne s'est aperçu de la présence du cinquième qu'il y a quelques jours.

Il n'y a pas d'adénopathie épitrochléenne ni axillaire, et l'on

ne sent pas de cordon intermédiaire avec nodule, à l'avant-bras ni à la main. Mais, si l'on vient à palper attentivement la face interne du bras, on sent, au-dessus de la cloison intermusculaire interne, un fin cordon qui glisse sous le doigt et lui échappe, et qui, partant du pli de coude, se perd à quatre de doigt plus haut, le cordon présente, sur son trajet, deux nodosités grosses comme un pois, dures, rénitentes, indolores, qui fuient aussi sous le doigt.

État général. — Arthrite fongueuse du genou droit, qui débute par une hydarthrose tuberculeuse.

Synovite fongueuse des tendons extérieurs du pied gauche.
Tuberculose pulmonaire, troisième degré.

Amaigrissement, hémophyses abondantes et répétées, sueurs nocturnes.

Examen bactériologique. — Nous examinons d'abord les crachats par la méthode de Ziehl. Comme on devait s'y attendre nous y trouvons des bacilles.

Mais malgré nos examens répétés, il nous fut impossible d'en découvrir (par la même méthode), dans la sérosité que nous pouvons extraire avec la seringue de Pravaz, d'un des nodules de l'avant-bras.

Cela vient confirmer ce fait que l'on trouve rarement de bacilles dans les lésions de cette nature, alors même que leur caractère tuberculeux est évident.

Cette observation présente quelques points particuliers. La lymphangite paraît y être survenue sans plaie, ni piqure, par simple contact avec les matières septiques, comme dans les deux observations de Karg et de Jeanselme. De plus, elle s'est établie simultanément sur plusieurs points d'un cordon lymphatique, enfin elle s'est montrée, comme un simple épisode, au cours d'une tuberculose confirmée, et a présenté, malgré l'allure assez rapide la lésion pulmonaire, la bénignité ordinaire de la tuberculose, des lymphatiques externes.

OBSERVATION IV.

MM. DUBREUILH ET AUCHÉ.

M. B..., cultivateur, 23 ans, entré à l'hôpital Saint-André, le 22 Août 1889.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires; un peu de strumes dans l'enfance; entré, en septembre 1888, au service d'une dame tuberculeuse, dont il lavait les mouchoirs, en appuyant, avec ses mains fermées sur les articulations des doigts

Apparition, en octobre, au niveau de l'articulation phalango-phalangienne des deux derniers doigts de la main droite, du côté de l'extension, d'une tuméfaction accompagnée de rougeurs et de douleurs; six jours après, adénopathie axillaire; deux mois environ après le début des accidents, apparition sur le bord externe de l'avant-bras, un peu au-dessus de la partie moyenne, d'une petite nodosité du volume d'un grain de blé, mobile sous la peau, qui acquiert graduellement le volume d'une noisette, se ramollit et s'ouvre au bout de trois semaines, en donnant issue à du pus séreux, clair. L'ouverture est restée fistuleuse.

Vers la même époque, une autre tumeur, développée au devant de l'épaule droite, suit la même marche; une quinzaine de jours plus tard que les précédentes, apparaissent deux tumeurs analogues, l'une sur le bord interne du biceps, à 5 centimètres au-dessus de l'articulation du coude, l'autre à 1 centimètre au-dessus du pli du coude, sur la ligne médiane; ces tumeurs sont amollies, mais non ouvertes.

Apparaissent ensuite d'autres nodosités sur divers points de l'avant-bras.

État du malade à son entrée. — On observe, à l'auriculaire et l'annulaire de la main droite, les lésions déjà décrites et des plaques rouges indurées, longitudinales.

De plus, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de ces doigts, on trouve deux petits nodules superposés, du volume d'un grain de chènevis, indolents, durs, mobiles.

Trois autres nodules analogues sont échelonnés sur la face dorsale du métacarpe, suivant la direction du tendon extenseur de l'annulaire.

L'un d'eux est adhérent à la peau, un peu indurée à ce niveau. On trouve un autre nodule, du volume d'un pois, dur, indolent, sur la face dorsale du poignet.

Avant-bras droit :

Sur le bord externe, un peu au-dessus de la partie moyenne, on trouve une surface, grande comme une pièce de 50 centimètres, arrondie, où la peau décollée est d'un rouge violacé et percée à son centre d'un orifice très étroit, par où s'écoule un pus séreux. Un peu plus haut est un tubercule situé dans l'épaisseur de la peau, du volume d'une lentille.

Enfin, sur la face externe du long supinateur, sont trois nodules sous-cutanés, isolés, distants de 15 millimètres.

A face antérieure, on trouve des nodosités, disposées sur deux lignes, l'une suivant le bord radial et l'autre suivant le bord cubital ; la série radiale est limitée à la partie supérieure de l'avant-bras, elle est composée de huit ou dix nodules sous-cutanés et de trois ou quatre nodules intra-cutanés, du volume d'une lentille et situés dans la peau épaissie et rose à leur niveau. Cette série s'élève jusqu'au pli du coude.

Au bord cubital, on observe une autre série verticale, qui commence à 10 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus et atteint presque le coude; on y trouve aussi des nodules cutanés et sous-cutanés, ces derniers plus étalés et, de plus, un CORDON INDURÉ, du volume d'une aiguille à tricoter, de 3 centimètres de long, dirigé verticalement et réunissant deux nodules cutanés.

Bras. Sur le bord interne du biceps, à 1 centimètre et demi du coude, on trouve une tumeur fluctuante, grosse comme une amande, adhérente à la peau qui est rouge; à quatre travers de doigt du pli du coude, autre abcès analogue. *Sur toute la face interne du bras*, se trouve une série de nodules sous-cutanés, du volume d'un grain de blé, qu'on peut suivre jusque dans l'aisselle.

Adénopathie axillaire, gomme tuberculeuse ulcérée, au devant du deltoïde.

Les membres inférieurs, le membre supérieur gauche, ne présentent pas de lésions; pas de tuberculose pulmonaire évidente, sauf, à droite, quelques signes peu prononcés, rien dans les autres appareils; l'état général est presque bon, quoique le malade ait un peu maigri.

On enlève ces foyers et on trouve, dans les nodules, de nombreux tubercules avec leurs cellules géantes et les éléments épithélioïdes; les bacilles y sont décelés par la méthode Ziehl; les inoculations aux cobayes sont positives.

On trouve, dans cette observation, très nettement représenté le caractère ascendant de l'affection, les séries verticales des nodules, démontrés tuberculeux, qui suivent, à ne pas s'y tromper, le trajet anatomique des vaisseaux blancs; il n'y a de cordons intermédiaires à ces nodules qu'en un point. C'est un cas typique de lymphangite chronique, à foyers multiples échelonnés.

OBSERVATION V

De M. JEANSELME, *in* thèse de M. Lefèvre, 1888.

M., 37 ans, entré à Saint-Louis, le 13 juin 1887.

Mari probablement tuberculeux (toux, fistules); elle lavait les mouchoirs et les chemises de son mari. Celui-ci meurt et un mois après, la malade voit apparaître, sans douleurs ni prurit deux petits boutons à la main gauche, l'un sur la première phalange de l'annulaire, à sa face palmaire, l'autre au pouce, près de l'ongle, à la face palmaire de la dernière phalange.

La malade perça ces deux boutons avec une épingle et il en sortit très peu de liquide blanc, puis de l'eau légèrement teintée et rousseâtre.

Chaque point blanc était situé sur une base indurée qui per-

siste encore aujourd'hui ; les plaies qui résultaient de leur ouverture ne se sont cicatrisées qu'il y a un mois.

Une quinzaine de jours après l'apparition des deux boutons, survint, sans douleurs, une sorte de nouure rouge sur le bord interne de la face dorsale de l'annulaire ; quelques jours après nouvelle nouure vers la tête du métacarpien de l'annulaire.

Au centre du dos de la main, peu de temps après, troisième nodule, à la moitié de la hauteur du métacarpien ; enfin il y a trois semaines, un quatrième noyau, un peu plus gros, se développe à la face dorsale du poignet, un peu en dessous et en dehors de l'apophyse styloïde du cubitus. Actuellement on trouve occupant à peu près toute l'étendue de la face palmaire de la première phalange de l'annulaire gauche, un épaississement dermique nodulaire du volume d'une noisette, dur, peu élastique ; il est mobile sur les tissus profonds et tout à fait indolent. A l'extrémité de la dernière phalange du pouce gauche, épaississement du même aspect. A ce niveau, dépression cupuliforme d'aspect cicatriciel.

De l'épaississement de l'annulaire part une traînée rouge, violacé qui monte sur le bord interne et paraît cesser au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ; cette traînée est surmontée de deux saillies, l'une plus grosse, très molle, laissant voir un liquide puriforme, à travers l'épiderme aminci, l'autre, moins volumineuse, ferme, porte, au centre, une petite croûte jaune, cette croûte enlevée on voit sourdre une grosse goutte de liquide jaune louche.

Une seconde traînée suit la première, ou plutôt le prolongement de la première, commence au-dessus de la tête du métacarpien de l'annulaire, monte capricieusement vers la base du troisième métacarpien.

Les deux extrémités de cette traînée sont marquées par des saillies, du volume d'un noyau de cerise ; la traînée est elle-même saillante et monoliforme.

Enfin un troisième groupe, isolé des deux premiers est situé sur la face dorsale du poignet, au-dessous de l'apophyse styloïde

du cubitus. Il est composé de trois nodules : l'un, du volume d'une noisette, est sensible, violacé et fluctuant ; le second et le troisième, gros comme des lentilles, sont durs, indolents, mobiles.

La malade est forte, elle n'a jamais eu de bronchite, d'expectoration ni d'hémoptysie. Pas de strumes dans l'enfance, rien non plus à observer dans les antécédents héréditaires.

On extirpe ces noyaux et M. Albarran, qui les examine, y trouve des bacilles.

Les plaies opératoires sont guéries le 11 juillet. Les traînées de lymphangite sont très effacées.

La malade sort de l'hôpital ; elle y rentre quatre mois après pour une suppuration du ganglion sous-maxillaire. Après l'ouverture de l'abcès, la guérison est complète, la santé générale est bonne.

OBSERVATION XI (Résumée).

M. LEJARS..

Ch. Louis, 27 ans, employé, entré, le 10 mars 1890, à Saint-Louis, service de M. le D^r Péan. Homme vigoureux, pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels. Le début de l'affection remonte à l'âge de 7 ans. Depuis cette époque, les lésions qu'il présente au pied gauche n'ont fait que grandir ; il est impossible de trouver une cause, une inoculation quelconque les ayant déterminées. Les lésions eurent une marche irrégulière, se cicatrisant en partie, pour reprendre ensuite une activité nouvelle. Des abcès, précédés de nodules, s'ouvrirent à la face interne du cou-de-pied et y laissèrent des cicatrices blanchâtres et gaufrées. Vers 10 ou 12 ans, lésions semblables à la région prérotulienne droite, puis au poignet gauche.

En 1879, une plaque grande comme une pièce de cinq francs paraît à la face dorsale de la main droite.

A sa suite, une série de nodules, émergeant sous la peau de

l'avant-bras et du bras, le long de leur face antéro-interne, et s'échelonnaient, comme les grains d'un chapelet ; c'est l'expression même du malade. L'un de ces grains s'ulcéra en laissant une cicatrice arrondie et blanche, les autres disparurent.

Petit abcès du cuir chevelu, à marche lente, puis ; écoulement de l'oreille gauche en 1887. Aucun signe de tuberculose dans les autres organes.

Membre inférieur gauche. Large plaque sur le dos du pied, au niveau du premier et du deuxième métatarsien, constitué en arrière par une zone rougeâtre sillonnée, mamelonnée de petits tubercules indurés et épaissie ; puis une bande d'un rouge plus vif, couverte de squammes sur l'article tarso-métatarsien. Il reste encore plusieurs ulcérations à bords souvent décollés, en partie recouvertes par une épaisse croûte brunâtre.

Enfin, sur le gros orteil, l'aspect est nettement papillomateux. En avant du cou-de-pied, il existe deux abcès arrondis, l'un du volume d'une noix, l'autre un peu moins gros, qui dessinent très nettement leurs reliefs, sous la peau tendue, rouge et déjà amincie.

En remontant sur la jambe, le long du bord postéro-interne du tibia une chaîne de bosselures de même genre se constate à la vue, mais se laisse surtout reconnaître au doigt, les unes encore dures, les autres à demi ramollies. A la cuisse, à la hauteur de l'anneau de Hunter, une tumeur plus grosse se sent dans la profondeur, et plus haut, un autre noyau, bien apparent, celui-là, gros comme un œuf de pigeon, adhérent à la peau et déjà presque abcédé.

Adénopathie inguinale. Le 12 mars, ablation du nodule de la cuisse ; il était rempli à son centre de pus et de fongosités. Ablation des deux gommes du cou-de-pied et du placard papillomateux du gros orteil, qui fut largement enlevé comme un néoplasme ; grattage des ulcérations à la curette. En quinze jours ces lésions étaient guéries.

Détail intéressant : il s'était fait à la cuisse, au point où on avait extirpé un gros nodule, un abondant suintement d'un

liquide limpide, séreux, d'apparence lymphatique. Le malade sort de l'hôpital pour y rentrer à la fin d'avril se faire enlever plusieurs reparus à la cuisse, et cette fois au bout de quelques semaines il put de nouveau demander sa sortie.

OBSERVATION VII.

M. PRIOLEAU.

Jeune fille de 20 ans. Santé générale excellente. Fistule osseuse ayant duré deux ans, au niveau de la partie moyenne du premier métatarsien droit. La fistule se tarit peu à peu, et, durant cette évolution vers la guérison, il survient, autour de son orifice, une plaie croûteuse, augmentant par l'adjonction de petites plaies secondaires dues au ramollissement des tissus. La plaie principale occupe une grande partie du dos du pied. La croûte qui la recouvre est jaunâtre et brunâtre, comme le serait une croûte d'eczéma impétigineux, et laisse sourdre un pus grumeleux. Au-dessous de la croûte, on trouve une plaie irrégulière, anfractueuse, verruqueuse, à bourgeons petits, granuleux, décolorés, peu vivaces et peu saignants. Les bords de la plaie sont calleux, très sinueux dans leurs détails, tout en présentant dans leur ensemble une configuration générale, également irrégulière. Au pourtour de la plaie principale, on observe quelques bourbillons tuberculeux, laissant par leur chute de petites ulcérations cutanées. Partant de la plaie, nous voyons serpenter des cordons fins, légèrement blanchâtres, avec nodosités échelonnées en grains de chapelet et que nous considérons comme de la lymphangite chronique tuberculeuse. Pas de ganglions tuméfiés dans l'aîne. Les ulcérations signalées autour de la plaie principale, se trouvent toujours sur le trajet des cordons lymphatiques infiltrés, ce qui nous donne à penser, cliniquement, que ces ulcérations ne sont que des nodosités lymphatiques devenues tuberculeuses, s'étant ramollies en gommages de même nature.

Goupil.

L'examen microscopique nous montre l'existence de bacilles dans le pus et surtout dans les bourbillons tuberculeux. Après l'ablation de quelques parcelles du derme altéré, nous trouvons des bacilles, en minime, quantité dans l'épaisseur du derme lui-même ; mais nous en trouvons davantage dans une petite nodosité tuberculeuse, d'origine lymphatique.

Après avoir détergé la plaie tuberculeuse avec des cataplasme, phéniqués, on commence des cautérisations journalières avec un mélange à parties égales de glycérine et d'acide lactique. Lavages tous les matins avant les cautérisations avec l'eau phéniquée à 25/1000. La guérison de la plaie tuberculeuse est obtenue en un mois et huit jours. La lymphangite tuberculeuse était alors dans un état d'amélioration, qui ne fait qu'augmenter tous les jours.

OBSERVATION VIII.

M. PRIOLEAU.

Fillette de 13 ans, ayant eu une tumeur blanche du coude droit, qui, après de nombreuses années, a fini par guérir spontanément. Santé générale bonne. La tumeur blanche, ayant donné lieu à une fistule osseuse, une plaie tuberculeuse s'est formée autour.

Cette plaie augmente à mesure que la tuberculose osseuse guérit. Aujourd'hui, elle occupe la moitié du bras et de l'avant-bras et présente tous les caractères décrits dans l'observation I. Ici, les cordons lymphatiques remontent jusqu'à l'aisselle, où l'on trouve trois ganglions volumineux. L'examen microscopique nous donne les mêmes résultats que précédemment. Il vient ainsi confirmer notre diagnostic clinique. Même traitement, guérison en trois mois.

OBSERVATION IX.

M. PRIOLEAU.

Femme de 32 ans, ayant eu une tuberculose du radius droit, avec fistule cutanée. Débridement et grattage du foyer tuberculeux par le professeur Trélat, qui a porté lui-même le diagnostic de tuberculose. La guérison est obtenue en quinze jours ; mais il reste une toute petite place cutanée, recouverte d'une croûte.

La malade abandonne cette plaie sans pansement et il se forme autour de ce point de départ déjà contaminé par le bacille tuberculeux, une plaie tuberculeuse, ainsi que l'a montré l'examen microscopique, absolument identique à celui des deux observations précédentes.

Tous les caractères déjà décrits se retrouvent, là avec de la lymphangite tuberculeuse ne remontant pas plus haut que le coude.

Un peu au-dessous du coude, il s'est formé, au niveau d'une nodosité lymphatique, une gomme tuberculeuse, comme dans le cas de M. Hanot.

Le traitement à l'acide lactique donne une guérison en un mois.

OBSERVATION X.

M. PRIOLEAU.

Fillette de 15 ans, présentant une ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du tibia droit. Autour de la fistule osseuse, qui laisse sortir du pus grumeleux s'est fait une plaie, ayant tous les caractères de la plaie de la première observation VII. Cette plaie est restée assez longtemps petite, mais depuis quelque temps elle a beaucoup augmenté, tandis que la fistule osseuse tend à se tarir. Partant de cette plaie et suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques de la jambe, nous trouvons des traînées de lymphangite tuberculeuse, ne remontant pas plus haut que le genou. Sur les traînées, nous trouvons aussi des nodosités, et même, au pourtour de la plaie principale, on rencontre de petites ulcères.

tions, présentant les mêmes caractères que cette plaie. Nous les considérons comme des gommes tuberculeuses d'origine, lymphatique. L'examen microscopique confirme nos prévisions cliniques et, en appliquant l'acide lactique, nous avons une guérison en deux mois.

OBSERVATION XI.

M. PRIOLEAU.

Jeune fille de 18 ans. Osteomyélite prolongée de la plus grande partie du tibia gauche, avec nombreuses fistules cutanées. La malade se panse avec des linges qu'elle lave seulement à l'eau tiède savonneuse. Entre temps, il survient un furoncle au bras gauche. Ce furoncle est pansé avec les mêmes linges que la jambe et lavé comme nous l'avons indiqué. Aussi la plaie du furoncle ne guérit pas et même elle prend l'aspect des plaies tuberculeuses que nous avons déjà décrites. Le microscope décèle en effet des bacilles, tant dans le pus des fistules tibiales que dans celui de la plaie du bras.

Lymphangite tuberculeuse remontant jusque dans l'aisselle, où se trouvent quelques ganglions tuméfiés. Peu de lymphangite à la jambe et quelques ganglions dans l'aîne. L'acide lactique, en un mois, donne une guérison complète de la tuberculose brachiale avec amélioration progressive de la lymphangite, tout comme dans les cas précédents.

OBSERVATION XII (Résumée en partie).

(M. ARROU, communiquée à M. LEJARS).

Maria R..., 27 ans, femme de ménage, entre le 1^{er} avril 1890, dans le service de M. le professeur Verneuil. Pas d'antécédents héréditaires, bonne santé jusqu'à 23 ans. Survint alors une bronchite, avec sueurs nocturnes en février dernier. Sans aucune cause appréciable, sans rougeur sur le reste du membre, le bras gauche devint le siège de douleurs très vives, d'abord diffuses, mais qui bientôt semblèrent se localiser sur sa partie moyenne.

Il existait en ce point une petite tumeur du volume d'une noisette un peu chaude à la main. Un mois et demi après ce début, la malade entre à l'hôpital, fort amaigrie, le facies tuberculeux.

Localement voici ce que l'on constate :

A la face interne du bras gauche, le long du paquet vasculo-nerveux, une tumeur arrondie, du volume d'une petite noix fluctuante, se détache en relief; la peau est rouge à sa surface, mais elle n'est pas adhérente : il est manifeste que la collection est née profondément, au contact même des vaisseaux. Au-dessous, on sent, assez vaguement, il est vrai, plusieurs cordelettes qui rampent verticalement, mais on ne trouve pas d'autres bosselures nodulaires.

Les ganglions épitrochléens sont indemnes, on ne les sent pas. Par contre, il existe, dans l'aisselle, toute une série de grosses glandes engorgées. Répétons encore que le reste du membre ne présente rien d'anormal, et que la peau paraît saine sur toute sa surface.

L'auscultation du poumon révèle de la rudesse respiratoire, aux deux sommets, sans autre indice.

On porte le diagnostic d'abcès tuberculeux, né sur le trajet, et aux dépens des troncs lymphatiques du bras ; en d'autres termes, il s'agissait d'un noyau de lymphangite tuberculeuse, ramolli et abcédé.

Une ponction est faite avec la seringue de Pravaz, et permet de retirer la valeur de deux seringues d'un pus séreux analogue à celui des abcès froids : injection d'éther iodoformé. Iodoforme à l'intérieur. Bains sulfureux.

A la fin du mois, le noyau tuberculeux était réduit au cinquième de son volume primitif; les ganglions axillaires semblaient aussi moins nombreux et moins gros. La malade sortit de l'hôpital, et, quelque temps après, la guérison était complète.

Nous l'avons revue dans le courant de juillet; à peine s'il existait au bras, au point où siégeait l'abcès, un peu d'épaississement sous-cutané.

OBSERVATION XIII.

(Inédite, due à l'obligeance de M. CHIPEAULT.)

Le 6 juillet 1888, vient à la consultation de l'hôpital Cochin, service du Dr Anger, le nommé Jean F., agé de 6 ans, porteur d'un onyxis strumieux de l'annulaire droit et d'un spina-ventosa de la première phalangie de ce doigt; le spina n'est pas ulcéré. Pas de parents tuberculeux; mère chiffonnière. Pas de lésions pulmonaires, pansements iodoformés.

Le 17 mai 1887 ce petit malade revient me voir dans le service du professeur Trélat. Il tousse, lésions manifestes du sommet gauche. L'onyxis est guéri et le spina a grossi et s'est ulcéré. Arthrite du poignet, certainement tuberculeuse, datant de deux ou trois mois, actuellement très avancée, très fongueuse. — Elle est devenue douloureuse depuis quelques jours en même temps qu'une rougeur diffuse envahissait toute la face interne de l'avant-bras, remontant jusqu'au coude; la partie rouge est chaude, tendue, douloureuse; c'est de la lymphangite réticulaire nette, sans bourrelets, avec peut-être de la lymphangite tronculaire sous-jacente, car je sens, sous la peau, deux ou trois cordons noueux, douloureux, suivant à peu près le trajet de l'artère cubitale et se perdant derrière l'épitrochlée. Ganglions pitrochléens et axillaires.

Pansements antiseptiques de l'ulcération digitale et de la lymphangite, après nettoyage des fongosités du spina.

Je perds le malade de vue jusqu'en janvier 1890, où il vient à la consultation de M. de Saint-Germain, pour un mal de Pott des premières vertèbres dorsales. Le spina est guéri. L'arthrite du poignet est stationnaire, les cordons que j'avais sentis, le long de la face interne de l'avant-bras, persistent au nombre de trois ou quatre; non douloureux, roulant sous la peau. Très gros ganglion épitrochléen. Plus aucun phénomène d'inflammation cutanée.

Mai 1890. L'abcès froid sus-épitrochléen, qui menace de crever

la peau est incisé, curreté. Réunion par première intention, sauf une petite fistule.

Juin 1890. Le malade revient pour un nouvel abcès froid de l'avant-bras. Nouveau curettage.

Septembre 1890. La fistule sus épitrochléenne persiste. La peau est devenue bronzée, hypertrophique, tout autour, sur une étendue de deux à trois centimètres. Le mal de Pott, traité par



Figure 4 : MUSÉE DE SAINT-LOUIS,
Moulage du malade de l'observation Hallopeau (1887).

l'immobilisation, est stationnaire ainsi que les lésions pulmonaires. Cependant l'état général s'est très aggravé par la fistulisation multiple de l'arthrite du poignet. En sorte que, malgré les signes de tuberculose généralisée, on propose l'amputation circulaire du bras, qui est refusée par les parents.

Le malade n'est pas revenu.

A la date du dernier examen les cordons de la face interne de l'avant-bras étaient difficilement appréciables, peut-être à cause de l'œdème de la région.

Examen bactériologique. — Le pus des foyers de l'avant-bras contenait des bacilles. Inoculé, il déterminait la mort des cobayes, avec tuberculose généralisée, en six semaines seulement (1).

DEUXIÈME FORME

FORME PAUCINODULAIRE, A DISTANCE.

M. Lejars reconnaît, dans sa division, cette forme paucinodulaire qu'il distingue d'une autre forme : les gommes et abcès froids d'origine lymphangitiques. Il ne nous semble pas nécessaire d'établir cette distinction et cela pour deux raisons : la première, c'est que si l'on admet que ces gommes et abcès froids ont bien réellement une origine lymphangitique, c'est à dire, qu'ils proviennent d'une altération préalable de la paroi des vaisseaux blancs, ils se rattachent évidemment à la forme paucinodulaire à distance.

La deuxième, c'est que si ce sont des abcès, des gommes du tissu cellulaires, survenus chez un sujet inoculé accidentellement avec de la matière tuberculeuse, ou porteur d'une lésion quelconque de même nature, et que ces gommes et abcès n'aient pas de rapport avec l'altération préalable et *nécessaire*

(1) Ce fait, qui semble indiquer une virulence assez grande, n'infirme pas ce que nous avons dit du caractère atténué de la tuberculose dans la lymphangite Bazin-Merklen : le malade de M. Chipault, ayant, en effet, des signes de tuberculose généralisée, à évolution rapide.

des vaisseaux lymphatiques, ce n'est plus de la lymphangite tuberculeuse. Il faut ici éviter une confusion : dans ces cas, et il sont très nombreux, il y a eu évidemment transport au loin du germe tuberculeux, mais sans participation du conduit vecteur de ce germe. Nous ne devons envisager, dans ce travail, que les cas où les gommes et abcès sont le résultat immédiat d'une altération du vaisseau.

Il est facile de trouver dans la littérature médicale, dans les excellents travaux qui traitent de la tuberculose inoculée, un grand nombre de cas où l'on put observer de ces abcès disséminés au loin et qui trahissaient l'infection de l'économie, M. Lefèvre, MM. Dubreuilh et Auché en citent beaucoup d'observations ; un des types les mieux caractérisés s'observe dans la tuberculose consécutive à la circoncision. Dans ces faits, on note tout d'abord que la plaie ne se cicatrise pas et s'ulcère ; plus tard les ganglions de l'aîne se ramollissent et s'ulcèrent à leur tour, et, à ce moment, apparaissent de nombreux abcès tuberculeux, sur différents points du tégument, à l'abdomen, à la tête, au cou, sur le thorax.

Voilà une forme d'infection, que nous avons prise pour type, et qui peut être rapprochée de bien d'autres, reconnaissant évidemment, pour cause prochaine, le transport du germe tuberculeux par les voies lymphatiques ; nous n'en parlerons pas cependant, pour cette raison que la participation de cette voie n'y est pas établie.

C'est pour la même raison que nous laisserons de côté les observations si intéressantes de M. Le Dentu, sur les abcès lymphangitiques profonds, celles de M. Lannelongue sur les abcès de voisinage survenus, à peu de distance, des foyers de tuberculose osseuse ou articulaire, et nous nous contenterons de décrire l'unique forme paucinodulaire à distance, d'origine lymphangitique.

On pourrait dire que cette forme est la même que la précédente, mais moins caractérisée, moins nette en quelque sorte. Ici nous retrouvons encore les nodosités, les abcès, mais le fil qui reliait les grains du chapelet, dans la forme précédente, manque complètement. De plus, on ne peut suivre pas à pas l'infection le long du membre, comme cela est possible dans la forme polynodulaire; en effet, les noyaux sont ici très éloignés les uns des autres; chez un malade de Karg, on voit des petits abcès à l'avant-bras, deux petits noyaux au devant du coude, un ganglion dans l'aisselle; et c'est tout; il n'y a pas de cordon intermédiaire, et tous les foyers sont distants les uns des autres.

Chez un malade de MM. Vernéuil et Clado on ne compte que six abcès, quatre sur une ligne allant de l'index à l'épitrachlé deux à l'avant-bras. Chez un enfant soigné par M. Lannelongue, quatre noyaux seulement sont échelonnés: un sur l'indicateur droit au-dessus d'un spina, deux à l'avant-bras. Chez un autre enfant, cité par le même chirurgien et porteur également d'une ostéite tuberculeuse d'un doigt, on n'observe en tout que deux nodules, un à la racine du doigt, l'autre à l'avant-bras. Ces noyaux présentent les mêmes caractères cliniques, la même marche, les mêmes altérations que nous avons décrits dans la première forme, nous n'avons pas à y revenir. Les causes sont sensiblement les mêmes que celles de la forme polynodulaire. On peut relever l'ino-culation dans les cas de Karg, de M. Lajars, de MM. Vernéuil et Clado; dans les deux observations de M. Lannelongue il s'agissait d'altérations osseuses, dans une autre de Leser (de Halle) c'était un ulcère chronique.

Le côté le plus remarquable de cette forme, c'est sa tendance à sa diffusion au loin; on peut observer des abcès fort éloignés du point initial, comme l'abcès rétro-mammaire con-

sécutif à une lymphangite du bras, signalé par Leser. Si l'on ne savait possible une telle origine, des tels faits pourraient être méconnus.

OBSERVATION XIV.

LESER, de Halle. — *Fortschritt der Medizin*, 1887.

Ulcère tuberculeux du pouce.

Apparition sur l'avant-bras, suivant le trajet des lymphatiques du pouce, d'une petite tumeur qui se ramollit, se vide et se guérit.

Apparition ensuite, tout près de celle-ci, d'une autre tumeur grosse comme un haricot.

Seconde tumeur attribuable à une lymphangite ascendante; on l'extirpe et on y constate des bacilles.

La malade présenta plus tard un abcès rétro-mammaire.

OBSERVATION XV (résumée).

M. TOURNIER (1).

A.. (Claude), chaudronnier.

Antécédents héréditaires : son père toussait, (bronchite suspecte). Antécédents personnels : chancre induré à 20 ans; hémoptysies, bronchites, sueurs nocturnes.

En juillet 1887, le malade se fit tatouer; l'opérateur délaya l'encre de Chine avec la salive du patient. Au bout de quinze jours, sur le tatouage d'une bague, situé à la face dorsale de l'index de la main droite, *il se produit de petites vésicules grosses comme la tête d'une épingle*; elles furent suivies d'une *ulcération inguérissable* qui persista pendant deux ans.

A son entrée, en janvier 1889, on constate au niveau de l'arti-

(1) *Lyon médical*, 1889.

culation métacarpo-phalangienne et sur la face dorsale de la main droite, une scrofulide verruqueuse, (type Riehl-Paltauf). En même temps que cette lésion, on constatait, sur la face antérieure de l'avant-bras, vers le milieu de la hauteur, un petit abcès gros comme une noisette, au-dessus duquel la peau est rouge et amincie. Ce petit abcès résultait de la fonte d'une gomme survenue depuis un mois et demi.

Une petite tumeur de même nature et de même époque d'apparition, se rencontrait et existe aujourd'hui encore, au tiers inférieur de la face interne du bras; pas d'adénite épitrochléenne maxillaire. La gomme de l'avant-bras fut ouverte. Il en sortit du pus grumeleux; ce pus ne contient pas de bacilles : inoculé à des cobayes, ceux-ci meurent de septicémie; les autres abcès s'ouvrent et la peau à leur niveau « s'ulcère comme par la fonte de tubercules ». Ce malade présente bientôt des signes de tuberculose confirmée : toux, sueurs nocturnes, crachats qui contiennent des bacilles.

OBSERVATION XVI (résumée)

M. QUENU, reproduite par M. LEJARS.

G..., 17 ans, fleuriste, entre le 15 février 1884 dans le service de M. Quenu.

Pas d'antécédents héréditaires; écrouelles au cou à 9 ans gonflement peu douloureux du cou-de-pied droit, traité par teinture d'iode et compression ouatée. Au bout d'un an, plusieurs abcès s'ouvrent successivement, à la face interne de l'articulation tibio tarsienne, laissant autant de fistules. Après, trois ans, l'enfant va à Berk : immobilisation, ignipuncture sans résultat; rentre à Paris, on lui applique un appareil silicaté; i est resté ainsi, depuis un an et demi, sans aucun traitement actif.

Voici le point qui nous intéresse :

Il y a deux mois environ, un petit abcès, de la grosseur d'une noix, s'est développé lentement, à la face interne de la cuisse

droite, sur le trajet des lymphatiques qui accompagnent la veine saphène interne ; il s'est ouvert spontanément, laissant écouler une petite quantité d'un pus grumeleux.

A la cuisse droite, sur sa face interne, on trouve la cicatrice de l'abcès, que nous signalions plus haut et qui date de deux mois ; elle n'est pas complète pourtant. A son centre, persiste un orifice fistuleux, mais sans profondeur et le palper ne décèle aucune trace d'une induration se prolongeant jusqu'à l'os. L'abcès était donc entièrement superficiel, sous-cutané, sans nul rapport avec le squelette, et sa situation témoignait nettement de son origine, dans les lymphatiques de la partie interne de la cuisse.

Du reste, l'état général était très satisfaisant, et les poumons semblaient indemnes. Amputation de la jambe ; le pied amputé présentait toutes les lésions de l'ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne, propagée au tarse.

OBSERVATION XVII (résumée).

M. LANNELONGUE (1).

G..., 12 ans 1/2. Nombreuses manifestations tuberculeuses : ostéite du gros orteil et du tibia, etc.

Les points qui nous intéressent dans l'observations sont les suivants :

Membre supérieur droit : spina ventosa à la première phalange de l'indicateur. Au-dessus de cette lésion, on peut constater l'existence de quatre petites tumeurs tuberculeuses ainsi échelonnées :

Une première à la face dorsale du doigt malade, au-dessus de la lésion osseuse ; à ce niveau la peau est amincie.

Un deuxième noyau est situé sous la peau de la face dorsale de la main.

Un troisième au tiers moyen du côté dorsal de l'avant-bras et

(1) *Société de chirurgie*, 1880.

un dernier au tiers supérieur de l'avant-bras, toujours du même côté.

OBSERVATION XVIII (résumée).

M. LANNELONGUE (1).

Louis L..., 4 ans. Ostéite tuberculeuse de la deuxième phalange de l'annulaire gauche. On voit apparaître à la racine du pouce, du côté de la face dorsale de la main, un premier nodule tuberculeux, puis un autre, au milieu de la face externe de l'avant-bras. Ces deux tumeurs présentent à l'examen des tubercules.

OBSERVATION XIX (résumée).

MM. VERNEUIL et CLADO.

Pas d'antécédents à noter. Piqûre de l'avant-bras. Phénomènes aigus qui s'amendent peu à peu. Une semaine après la piqûre, développement d'abcès tuberculeux en série sur l'avant-bras. Ces abcès sont au nombre de quatre sur une ligne allant de l'index à l'épitrachée, de plus, à la partie supérieure et interne du bras, on observe un cinquième abcès et un sixième au-dessus et en dedans de celui-ci. Injection d'éther iodoformé.

OBSERVATION XX.

Observation de KARG, recueillie à la clinique de TIERCH.

(Thèse de Martin du Magny, 1885.)

A. W..., âgé de 38 ans, employé à l'hôpital, fut, il y a six mois, attaché à l'Institut pathologique et, comme tel, souvent chargé de faire des ouvertures de cadavre. Cet homme, marié et père de deux enfants bien portants ne présente dans ses enfants aucune tare tuberculeuse. Il porte, depuis plusieurs années, au pouce gauche près de l'articulation métacarpo-phalangienne, un tubercule anatomique qui traité de bien des façons a tantôt augmenté, tantôt diminué, sans jamais disparaître.

(1) *Société de chirurgie*, 1880.

Il y a huit semaines, la lésion devient le siège d'un nouveau gonflement, de rougeur et de douleur; un peu plus tard apparaissent, sur l'avant-bras, quelques petites nodosités indolentes.

Le malade est vu pour la première fois par Karg, le 8 juin.

Indépendamment de son tubercule enflammé, il présente au niveau de l'avant-bras, sur le trajet des lymphatiques, partant du pouce, cinq petits abcès sous-cutanés, le plus gros du volume d'une cerise, se montrant avec tous les caractères des suppurations tuberculeuses. Un de ces abcès s'est ouvert; l'orifice, très petit et entouré de granulations fongueuses, donne issu à un pus tenu et conduit dans une cavité anfractueuse, creusée sous la peau qui, à ce niveau, est amincie et d'un rouge violacé.

Enfin, plus haut, à la face antérieure du coude et sur le trajet de la veine basilique, on sent deux noyaux durs, de la grosseur d'un pois, glissant sur l'aponévrose. Dans l'aisselle on trouve un seul ganglion augmenté de volume, mais non douloureux.

En présence de ces diverses lésions, Karg pensa à l'introduction dans les lymphatiques, de virus tuberculeux provenant du tubercule anatomique, introduction ayant déterminé des abcès tuberculeux périlymphangitiques. L'examen ultérieur confirma cette hypothèse. Le malade ayant été chloroformé, ses abcès furent incisés, et après évacuation d'un pus grumeleux, il fut aisé de voir que leurs parois présentaient tous les caractères propres aux abcès tuberculeux; Karg fit alors l'extirpation de tous les tissus malades, y compris la peau amincie et altérée. Les nodosités du coude furent enlevées de la même manière, et autant que le permettait l'état du tégument, le tubercule anatomique du pouce fut extirpé par un procédé analogue.

Les tissus malades furent soumis au double contrôle des cultures et de l'examen microscopique. Par la culture, sur des plaques de gélatine, le pus extrait des abcès donna un coccus blanc, analogue au staphylococcus de Rosenbach, mais pas de bacilles de la tuberculose. Par contre, l'examen microscopique de coupes faites après durcissement, soit des nodosités sous-éutanées, soit des parois d'abcès, donna des résultats positifs.

Le pus, comme on pouvait s'y attendre, ne contenait pas de bacilles, mais l'examen des coupes, après des recherches longues et laborieuses, permit d'en découvrir, le plus souvent à l'état isolé. La paroi des abcès avait d'ailleurs la structure des membranes tuberculeuses : cellules géantes, pas de vaisseaux, peu de coloration par l'aniline indiquant la nécrose de coagulation. Les noyaux lymphangitiques avaient la structure suivante : centre caséeux entouré de cellules géantes et de bacilles, le tout noyé dans une épaisse couche de globules blancs.

Le malade est actuellement guéri ; on constate seulement encore un peu de tuméfaction indolente du ganglion axillaire, que Karg se dispose à extirper, s'il augmente de volume. L'auteur se demande, en terminant, si quelques bacilles n'ont pas échappé à son intervention et si le malade ne reste pas exposé à une infection générale ?

OBSERVATION XXI (résumée).

M. LEJARS.

Jeanne H..., 10 ans 1/2. Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels au point de vue de la tuberculose. Fin décembre, elle se fait un pinçon au bout du doigt médius, et comme elle était employée à la couture elle se piqua avec son aiguille dans ce pinçon à plusieurs reprises ; il survint à la suite une tourniolle.

En janvier 1890 il apparut à ce niveau, c'est-à-dire de chaque côté de la première phalange du médius, deux nodules arrondis gros comme des pois ; peu douloureux, ils se ramolissent, s'ulcèrent et livrent passage à un peu de pus jaunâtre. Quelques jours plus tard, sur le dos de la main et toujours sur le prolongement de l'axe du médius, apparaissent deux nouvelles bosselures un peu plus grosses que celles du doigt, sphéroïdes et rénitentes ; enfin un dernier nodule parut au bras, le long du bord interne du biceps, il s'abcéda et s'ouvrit seul. En somme, vers la fin de février, le chapelet de nodosités était complet. Elles s'éche-

lonnaient, depuis le médius jusqu'à la partie supérieure du membre sur le dos de la main, l'avant-bras et le bras.

TROISIÈME FORME

FORME LYMPHANGIECTASQUE

La création de cette forme de lymphangite tuberculeuse est justifiée par ce fait qu'elle présente une physionomie vraiment à part, parmi les maladies des vaisseaux lymphatiques.

Et d'abord, elle n'est pas la lymphangite type Bazin-Merklen, ni la forme paucinodulaire.

Voici comment MM. Hallopeau et Goupil s'expriment sur ce point : « A cet égard, aucun doute n'est possible; on n'observe pas, dans ces deux formes, en effet, de lymphangiectasies, ou si le cordon indurée présente quelques renflements, il n'offre, en aucun cas, les ampoules réductibles qui sont notées dans les observations de M. Lailler et dans la nôtre; il n'y a surtout pas de fistules lymphatiques et de ces lymphorrhagies, qui faisaient perdre à notre malade des quantités vraiment considérables de liquide séreux, et qui avaient fait porter à MM. Lailler et Besnier, dans des cas semblables, le diagnostic de varices lymphatiques.

« Seraient-ce des varices lymphatiques? Pas d'avantage. La plupart des nombreuses observations, publiées sous le titre de varices lymphatiques, diffèrent notablement des observations et surtout des trois premières, que nous plaçons à la fin de ce chapitre. Dans les lymphangiectasies simples, les lésions sont constituées par des vésicules transparentes, qui s'ouvrent pour donner issue à un liquide clair ou laiteux, se distendant pendant la station debout, et se fermant, pour se rouvrir, sous l'influence d'un effort ou d'une fatigue. On n'observe, en pareil cas,

Goupil.

« ni les tubérosités fistuleuses, ni les bourrelets variqueux.
« formés par les lymphatiques dilatés, ni le groupement ini-
« tial autour des extrémités osseuses, ni ces indurations en
« nappe, sur le trajet de ces vaisseaux, que nous avons
« décrites chez notre malade et retrouvées dans les observa-
« tions de M. Lallier. Ces varices peuvent être le plus sou-
« vent rapportées, soit à une dilatation mécanique des vais-
« seaux, avec affaiblissement de leur paroi, soit à un affai-
« blissement congénital de leurs tuniques et à leur défaut de
« résistance, soit à une thrombose veineuse, soit enfin à la
« filariose. La plupart des observations rapportées dans
« leurs thèses par MM. Binet (1858), David (1865) et Vigui-
« er (1875) appartiennent à ces différents types; les seules, dans
« lesquelles on puisse soupçonner l'intervention d'un pro-
« cessus tuberculeux, sont celles de Thielesen, de Broca et de
« Monod, en raison de la coexistence de lésions du squelette.
« Dans le cas de Thielesen les lésions osseuses étaient ma-
« nifestement tuberculeuses. »

Les observations de lymphangite tuberculeuse sont d'une rareté excessive, nous n'avons pu en relever que quatre, y compris celle de Thielesen. Dans trois cas sur les quatre, la cause semble avoir été une altération osseuse; chez un malade de M. Lailler, la lésion fut une première fois moulée avec cette étiquette de M. Guibout, scrofulides fongueuses des articulations tibio-tarsienes gauches; le malade de Thielesen avait une carie osseuse du fémur, avec élimination de séquestres. Notre malade présentait une augmentation de volume des os de la jambe.

Dans tous les cas, c'est le membre inférieur qui est atteint, et, là, il y aurait sans doute à incriminer toutes les causes de dilatation vasculaire si fréquentes à cette région. Dans les quatre observations on a eu affaire à des hommes. Enfin pour

ce qui est des antécédents, on ne trouve notée la scrophule que dans l'observation de Thielesen et dans une de M. Lailler.

On peut énoncer les caractères cliniques des lymphangiectasies tuberculeuses ainsi qu'il suit : apparition autour d'une extrémité osseuse, d'abord, d'une tuméfaction diffuse, puis de saillies, les unes isolées, les autres disposées en bourrelets plus ou moins volumineux, dont l'aspect rappelle les varicosités de certaines phlébites ; ces saillies s'ouvrent et donnent issue à un liquide, qui offre les caractères de la lymphe, pure ou mélangée de pus : cet écoulement peut être très abondant ; des saillies semblables se développent, en série ascendante, sur le trajet des lymphatiques ; il s'y ajoute parfois des nodosités gommeuses qui peuvent également s'ouvrir, mais dont l'orifice ne présente pas cette saillie tubéreuse qui caractérise les lymphangiectasies fistuleuses : il est, au contraire, le plus souvent déprimé ; les parties malades sont tuméfiées et indurées ; elles présentent une couleur d'un rouge plus ou moins sombre et violacé ; une induration se produit sur le trajet des lymphatiques, et l'on peut observer un véritable cordon moniliforme, comme chez un des malades de M. Lailler, ou bien une large corde à renflements inégaux, comme dans notre observation ; mais le trait le plus remarquable de l'affection est l'existence d'ampoules molles, réductibles souvent, sur le trajet des lymphatiques. Dans une des observations de M. Lailler, c'étaient des saillies reposant sur un fond rouge, du volume d'une petite noisette, d'une consistance molle, fongueuse donnant la sensation d'une fausse fluctuation ; au niveau de ces saillies on pouvait enfoncer facilement un stylet et le mouvoir sans résistance dans son épaisseur ; nous pouvions pratiquer aussi très facilement cette manœuvre dans les cavités des ampoules ulcérées, chez notre malade. Dans un autre cas, c'étaient des vésicules très légèrement saillantes, du dia-

mètre moyen d'une lentille et se présentant assez exactement sous la forme de pustulettes d'acné. M. Lailler les décrit ainsi : « Elles ont un pourtour d'un rouge violacé, elles sont rangées en traînées irrégulières, et leur disposition rappelle celle des branchements artériels, si l'on soulève avec la pointe d'une épingle l'épiderme qui recouvre leur partie centrale, il en sort un liquide analogue à de la sérosité . »

Dans notre observation, on notait sur toute la région du cou-de-pied et échelonnées sur le trajet des lymphatiques des saillies en forme de bourrelets ovoïdes, du volume d'une noisette dont certaines ulcérées à leur sommet laissaient écouler un liquide séreux, ayant l'apparence de la lymphe, se coagulant, comme elle, à l'air libre et en présentant les caractères microscopiques. Ceci nous amène à parler des lymphorrhagies. Dans les observations de Lailler, il est noté qu'il s'écoulait, par les ulcérations un liquide ayant les caractères de la lymphe ; le fait est noté également pour le malade de Bazin qui cependant n'était pas atteint de cette forme de lymphangite, il est noté également dans un cas d'ulcère tuberculeux de Monod. Dans notre observation, ces lymphorrhagies étaient d'une abondance excessive, le matelas du malade en était positivement traversé.

Quelle est la nature intime de l'affection qui nous occupe ?

Il est très probable que ces lymphangiectasies gommeuses et fistuleuses sont consécutives à des lésions osseuses. Leur mode de développement ne peut encore être déterminé ; il existait simultanément, chez notre malade, des lésions multiples ; les dilatations des lymphatiques y coïncidaient avec une inflammation chronique de ces vaisseaux et une induration du derme. Pour ce qui est des dilatations, sont-elles dues au développement de nodules tuberculeux dans les parois des vaisseaux ? Sont-elles la conséquence de lésions tuberculeuses

qui en amèneraient soit la compression soit l'oblitération? La première hypothèse est plus vraisemblable, quoiqu'il ne nous ait pas été possible de faire d'examen histologique suffisant. Dans tous les cas, ce que l'on peut retenir de ces faits c'est qu'à la filariose et aux altérations ordinaires, qui déterminent les lymphangiectasies, on peut ajouter la tuberculose, qui, en troublant d'une façon encore indéterminée, la circulation de la lymphe peut aboutir à la formation de véritables varices lymphatiques.

Ces lymphangiectasies tuberculeuses se différencient cliniquement des lymphangites gommeuses, syphilitiques et tuberculeuses, par leurs saillies tubéreuses et les bourrelets variqueux qui les réunissent, et par les fistules, avec écoulement abondant de lymphe dont elles sont le siège.

Cette affection est localisée, mais elle présente des foyers multiples. Les poumons peuvent rester intacts : le pronostic est donc moins grave que celui des tuberculoses viscérales ; il l'est plus cependant que celui de la plupart des tuberculoses cutanées, en ce sens que la déperdition constante d'une quantité souvent considérable de liquide, est une cause d'affaiblissement, et que, d'autre part, la suppuration peut devenir le point de départ d'accidents de septicémie ; il semble qu'il en ait été ainsi chez notre malade. Nous avons parlé, à notre chapitre d'anatomie pathologique des microbes pyogènes qui se trouvaient associés, dans notre observation, au bacille de Kock. M. Leloir a constaté cette même association, dans une autre forme de tuberculose de la peau, le lupus ; nous renvoyons du reste à l'observation n° 24 où toutes les expériences de M. Jeanselme et les nôtres sont consignées. Nous reproduisons, ci-après, plusieurs observations de lymphangiectasie tuberculeuse. On verra que, dans ses deux cas, M. Lailler ne conclut pas à la tuberculose, mais récemment il

nous apprenait que notre observation et les siennes lui semblaient identiques ; qu'à l'époque où il les avait écrites, il était difficile d'affirmer d'une façon certaine la nature tuberculeuse d'une lésion, mais qu'aujourd'hui, depuis la publication de notre mémoire, il était persuadé d'avoir été en présence de lymphangiectasies de nature tuberculeuse.

OBSERVATION XXII.

M. LAILLER.

Scrofule. — Lésions de la peau des membres inférieurs, du droit surtout, pouvant peut-être être localisées dans le système lymphatique.

Paul C..., salle Saint-Mathieu, n° 34, sans profession, 11 ans et demi, entré le 19 février 1879.

Père bien portant ; la mère a l'aspect strumeux : elle a une cicatrice au cou ; l'enfant est atteint depuis très longtemps de conjonctivites fréquentes, qui se sont souvent renouvelées et qui ont donné lieu à des tâches, que l'on constate aujourd'hui sur la cornée gauche.

Autrefois, adénites suppurées du cou.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté à l'âge de 3 ans et demie, au niveau du pied droit, et depuis elle s'est toujours étendue, en remontant vers la face dorsale du pied et la face interne de la jambe et de la cuisse, semblant siéger sur le trajet des lymphatiques du membre inférieur.

L'éruption a aussi envahi plusieurs points de la jambe gauche, sans y être jamais aussi confluentes qu'à droite.

Plusieurs points se sont ulcérés et ont laissé des cicatrices que nous signalerons plus tard. Les saillies formées par cette éruption, ont été toujours douloureuses à la pression, sans cependant empêcher complètement le malade de marcher, sauf quand il en a eu à la plante du pied droit.

Fièvre typhoïde à 7 ans.

19 février, état actuel :

Le petit malade a l'aspect malingre et soufreteux ; il a de temps en temps des accès de fièvre, qui le forcent à garder la chambre ; cependant les grandes fonctions se font assez bien.

A la face dorsale du pied droit, jusque sur les orteils, tout autour de l'articulation tibio-tarsienne du même côté, *sur le trajet des lymphatiques du membre inférieur, c'est-à-dire sur une large bande, occupant la partie interne de la jambe et de la cuisse, jusqu'au milieu de la cuisse, on observe de nombreuses saillies reposant sur un fond rouge qui présente en certains points l'aspect moniliforme.*

Ces saillies, qui sont presque toutes du volume d'une petite noisette, ont une consistance molle, fongueuse, donnant la sensation d'une fausse fluctuation ; quelques-unes, plus dures, présentent, à leur surface, des saillies et des fissures profondes.

Toutes sont recouvertes d'un épiderme rouge, siège d'une desquamation en larges plaques. Vers la partie postérieure de la jambe droite, deux ulcérations inégales, à fond grisâtre, fongueuses, paraissant s'être développées sur des saillies analogues à celles que nous avons décrites ; à la plante du pied droit existent deux petites saillies nummulaires, sur lesquelles l'épiderme est fissuré ; on voit au-dessous de la malléole externe, une dépression profonde cicatricielle, au niveau de laquelle la peau adhère à la face externe du calcaneum ; à la cuisse, des saillies plus lisses sont groupées en bandes circonscrites ; le centre des cercles semble occupé par du tissu cicatriciel.

Les ganglions cruraux du côté droit sont engorgés et douloureux à la pression ; *au niveau de quelques saillies, on enfonce très facilement un stylet d'étain qui se meut dans leur épaisseur sans résistance et presque sans douleur.*

(1) Nous avons sur notre malade de l'observation n° 24 pratiqué cette manœuvre, au niveau de plusieurs dilatations ampullaires de vaisseaux lymphatiques ; le stylet pouvait aussi y décrire sans résistance et sans douleur une circonférence assez étendue.

PAR LES ORIFICES SORT UN LIQUIDE SÉREUX, LIMPIDE, dans lequel, au microscope, on trouve des leucocytes et des globules rouges; à la jambe gauche, qui est beaucoup moins malade, on ne trouve que deux ou trois saillies rouge, déjà ulcérées, à la face postérieure de la jambe et trois larges cicatrices blanches, dépri-



Figure 5 : MUSÉE DE SAINT-LOUIS.
Tuberculose cutanée. — Varices lymphatiques
ulcérées. — M. Lailler, 1879.

mées, n'adhérant pas aux os ; au-dessous de la maléole externe, en un point symétrique à la lésion semblable du côté droit, on trouve également une cicatrice adhérente à la face externe du calcanéum ; sur la cuisse droite, petite ulcération en cupule.

Sur le bord interne du pied droit, cinq ou six petites pustules, dans lesquelles déjà pénètre le stylet et qui représentent évidemment le début de la lésion, dont les tumeurs de la jambe sont une période plus avancée.

Au moment où l'on va racler les surfaces malades, les parents se refusent à l'opération et font sortir l'enfant, malgré M. Lailler.

OBSERVATION XXIII.

M. LAILLER.

B...(Auguste) 38 ans, sabotier, entre le 10 octobre 1875 dans le service de M. Lailler, 61, pavillon Saint-Mathieu.

En 1865, il se fait, en travaillant, sur la partie moyenne de la jambe gauche, face antérieure, une plaie qui met près de trois mois à se cicatriser.

En 1868, il contracte une syphilis, qui paraît avoir été fort bénigne.

En 1870, il se blesse de nouveau avec du bois, au-dessus de la malléole interne gauche, se fait une plaie semblable à la première, qui dure dix mois ; elle est cicatrisée au moment de la guerre. Après la guerre, sans cause connue, elle se rouvre. Il entre en 1873 chez M. Guibout, qui le traite successivement par des cataplasmes, la teinture d'iode et la compression élastique et fait exécuter, par M. Baretta, un moulage, avec le diagnostic de scrofulides fongueuses de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Il sort en janvier 1874, un peu amélioré ; il continue la compression élastique ; il souffre surtout la nuit, quand le membre n'est pas comprimé ou quand le pied touche terre ; il marche à peine, avec l'aide de deux bâtons.

Le mal gagnant en tous sens, le malade entre, en avril 1875,

chez M. Vidal. La compression élastique est reprise jusqu'à ce jour. A son entrée au pavillon Saint-Mathieu, on constate l'amaigrissement du membre inférieur gauche, avec épaissement notable des téguments. Le pied, en position presque fixe sur la jambe, forme avec elle un angle droit.

Tout le cou-de-pied, les régions tarsienne et métatarsienne et la plante du pied sont le siège d'un gonflement diffus.

A la jambe, la peau est vernissée, bleuâtre, irrégulièrement mamelonnée, et présente des saillies de forme tuberculeuse : ces saillies circonscrivent une sorte de gouttière cicatricielle, obliquement dirigée de la crête du tibia vers la face interne de la jambe, dans une longueur de 0,03. Les téguments étendus depuis ce point, qui correspond à l'union du tiers inférieur de la jambe avec les deux tiers supérieurs, ont, tant sur la région antérieure du coup de-pied, (jusqu'à la partie moyenne des métatarsiens), que sur toute la face inférieure du pied, et toute la région sous et sus-mallolaire, un aspect cicatriciel, à fond nacré, sur lequel tranche par leur couleur rouge violacée, une foule de nodosités plus ou moins saillantes, les unes isolées, les autres, en plus grand nombre, se continuant insensiblement avec d'autres, de façon à former de véritables varicosités et à rapeler certaines phlébites.

Parmi ces petites nodosités, toutes n'ont ni le même volume, ni le même aspect, ni la même forme ; toutes celles qui sont étendues de la plante du pied à la malléole interne, sont très-régulièrement saillantes, ont, en moyenne, le diamètre d'une lentille, et se présentent assez exactement sous la forme de pustulettes d'acné : elles ont un pourtour d'un rouge violacé ; elles sont rangées en trainées irrégulières, et leur disposition rappelle ainsi celle des branchements* artériels. Si l'on soulève avec la pointe d'une épingle l'épiderme qui recouvre leur partie centrale, il en sort UN LIQUIDE ANALOGUE A LA SÉROSITÉ, le plus souvent louche comme du pus très clair, très peu chargé en éléments solides. Quelques-unes de ces vésico-pustulettes crèvent spontanément et sont remplacées par des croûtes, plus ou

moins épaisses, d'un jaune clair, analogues à celles d'un impétigo récent et peu épais. Toute la région correspondant au tendon d'Achille, est recouverte de nodosités de forme tuberculeuse, du volume d'un petit pois, et rangées assez régulièrement pour former de véritables traînées, qui se relient, les unes, aux deux groupes décrits au dessus et au-dessous de la cicatrice occupant la face antéro interne du tibia, les autres, se continuant en dehors avec les nodosités qui occupent toute la longueur externe du pied. Pour ce qui est de la région interne et du talon, les tubercules les plus volumineux occupent la périphérie et semblent figurer les racines d'un arbre, dont le tronc correspondrait à la partie inférieure du tibia. Une piqûre d'épingle superficielle, intéressant la partie supérieure du derme, donne du sang et un liquide lactescent. Au dire du malade, toutes les parties, sur lesquelles nous avons décrit des vésico-pustulètes, auraient commencé par avoir l'apparence tubériforme et tuberculeuse, que nous retrouvons sur le bord interne, sur la face postérieure du tendon d'Achille et sur la face externe du pied. Le dire du malade peut, du reste, être contrôlé par le moulage fait en septembre 1873 par M. Baretta.

Toute la peau de la région sus-indiquée est insensible à la piqûre superficielle et profonde, peu sensible aux contacts; la pression du doigt forte et continue laisse une dépression longtemps persistante; le derme donne une étrange sensation de dureté et de résistance.

La peau, dans toute la région correspondant au tendon d'Achille, depuis son point d'insertion jusqu'à trois travers de doigt au-dessus des malléoles externes, est couverte de bourrelets lombriciformes, perpendiculaires à l'axe du talon, séparés par des saillies tubériformes fluctuantes, lentement réductibles par compression continue, et très douloureuses à la pression; ils se continuent avec les nodosités décrites sur le talon et la plante du pied, en dedans.

Dans toute la région comprise entre le bord externe du tendon d'Achille et le bord antérieur de la malléole externe, la peau est

lisse, d'un brun noirâtre, non adhérente et non œdématiée. Sur presque toute la partie de la face dorsale du pied, elle offre une apparence très irrégulièrement mamelonnée ; de loin, on dirait, sauf la couleur qui est d'un rouge violacé, un paquet de lombrics. Ces saillies, qui rappellent les gros tubercules de la scrofula, sont mollasses, comme fluctuantes, en partie réductibles.

Dans l'aîne, on trouve une pléiade ganglionnaire non douloureuse, un peu plus développée que de coutume. Dans toute la région qui correspond aux deux tiers du triangle de Scarpa, on sent une tuméfaction irrégulière, allongée, rappelant assez la forme du paquet vasculaire ; elle donne l'idée de varicosités lymphatiques ou de la réunion de vaisseaux et de petits ganglions lymphatiques agglomérés. A droite, quelques ganglions inguinaux sont tuméfiés.

Sous l'influence d'un traitement par les flèches de Canquoin, les tubercules s'affaissent, les ulcérations se ferment, et au bout de quelques mois la guérison semble complète ; il ne reste d'autres traces de l'affection cutanée qu'une marbrure avec pâleur livide.

OBSERVATION XXIV.

MM. HALLOPEAU ET GOUPIL.

Nicolas L., âgé de 67 ans, entre, le 8 avril 1890, au n° 26 de la salle Bazin. Il assure qu'il s'est toujours bien porté, jusqu'au début de l'affection qui l'amène à l'hôpital ; il ne se connaît pas d'antécédents héréditaires. Les premières manifestations de sa maladie remontent à 1870 : il remarqua, à cette époque, que le pourtour de son cou-de-pied enflait à la moindre fatigue ; ce gonflement, d'abord passager, devint peu à peu persistant, il s'accompagnait d'induration. Cet état se prolongea, sans modification appréciable, jusqu'à l'année 1889 ; il y a sept mois, le cou-de-pied droit devint douloureux, en même temps qu'il se tuméfiait davantage ; le malade dut abandonner son travail et garder le lit. Il y a trois mois, apparut à la partie antéro-externe du

cou-de-pied, une petite saillie de couleur rouge; quinze jours après, une saillie semblable se développait au devant de l'extrémité inférieure du tibia; quinze jours plus tard encore, se formait un groupe de même saillies autour de la malléole externe; à la périphérie de ces saillies initiales, en apparurent d'autres, sans ordre et disséminés, pour la plupart, au pourtour des malléoles et au-dessus du talon. La jambe se tuméfia graduellement dans toute sa hauteur.

Toutes ces saillies ont progressivement augmenté de volume; elles se sont depuis deux mois ulcérées successivement, et donnent issue, depuis lors, à un liquide séreux ou séro-purulent.

L... est un homme de grande taille et paraît avoir été de constitution robuste; il est actuellement pâle et amaigri. Son cou-de-pied gauche et le tiers inférieur de la jambe correspondante, sont le siège d'une tuméfaction considérable; la circonférence du membre, prise au niveau des malléoles, mesure, à droite, 30 centimètres, à gauche, 40 centimètres. La peau et le tissu cellulaire sous-jacent sont le siège, dans cette région et dans toute la hauteur de la jambe, d'un œdème résistant; la peau a pris, dans les parties tuméfiées, et surtout autour des malléoles, une coloration cuivrée.

On ne peut reconnaître, par la palpation, si la tuméfaction du cou-de-pied porte ou non sur le squelette, en même temps que sur les parties molles.

Sur toute cette région œdématiée et d'aspect éléphantiasique se détachent une série de petites saillies ovoïdes, rouges, de consistance plus ou moins ferme; elles occupent surtout les régions antéro-externe et postéro-interne du cou-de-pied. En avant, on remarque une saillie plus volumineuse que les autres; son volume atteint celui d'une amande; elle fait un relief d'environ un demi-centimètre au-dessus de la peau voisine; elle s'en détache nettement; ses contours sont régulièrement ovalaires, sa surface est, au contraire, inégale: elle est le siège d'une ulcération qui laisse sourdre un liquide d'aspect séreux. Au

dessous de cette tumeur s'en trouve une plus petite qui d'après le dire du malade, représente exactement ce qu'ont été toutes les autres, au début ; elle est ovoïde, à contours réguliers, d'une coloration rosée, qui tranche sur la teinte cuivrée de la peau avoisinante ; sa surface est lisse, non ulcérée ; sa partie centrale est plus élevée, et l'on peut s'assurer qu'elle est soulevée par du liquide. Entre cette saillie et la précédente, se trouvent tous les intermédiaires ; au niveau de la malléole externe, on voit cinq saillies, dont deux sont ulcérées, et au-dessous de cette même malléole, six autres saillies, dont trois sont ulcérées ; elles sont plus nombreuses en arrière du cou-de-pied, depuis le talon jusqu'à 8 centimètres au-dessous du calcanéum. Les saillies sont presque confluentes dans cette partie du membre : on en compte une vingtaine, dont plusieurs atteignent le volume d'une noisette ; un certain nombre d'entre-elles se réunissent pour former des trainées continues, des bourrelets volumineux, dont l'aspect rappelle celui de vaisseaux très dilatés et enflammés. Dans la région malléolaire interne se trouvent cinq saillies semblables.

Aucune de ces saillies n'est réductible par la pression ; on ne sent pas non plus, en les comprimant, que le derme présente, au niveau de leur contour un rebord net et presque tranchant, comme il a été signalé dans certains cas de lymphangite réticulaire.

De toutes les ulcérations s'écoule un liquide abondant, qui mouille et traverse les objets de pansement et les draps. Ce liquide est séreux, clair et de coloration citrine ; il a l'apparence de la lymphe, et, comme elle, il se coagule à l'air libre ; comme elle, il est pauvre en éléments figurés, on y trouve seulement quelques rares globules rouges et un petit nombre de globules blancs ; il résulte des recherches pratiquées par M. H. Gros, interne en pharmacie, dans le laboratoire de M. Portes, que telle est bien sa nature. Si l'on exerce, de haut en bas, une pression sur la partie postéro-interne de la jambe, on amène l'écoulement par les orifices fistuleux de ce même liquide en grande abondance.

En remontant le long du membre, on rencontre d'autres lésions : au niveau de la face interne du tibia, se trouve une tumeur mobile, sous-cutanée ; la peau qui la recouvre est rouge et desquamme légèrement ; au-dessus d'elle, et le long de la face interne de la cuisse, parallèlement au trajet des lymphatiques qui remontent dans cette région, se trouve un chapelet de tumeurs, étendu de l'anneau du troisième adducteur jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa. Les ganglions de cette dernière région sont eux-mêmes considérablement tuméfiés. Le volume des tumeurs varie de celui d'une noisette à celui d'un petit œuf ; elles sont mobiles ; quelques-unes sont dures, mais la plupart présentent une consistance molle, sans que l'on puisse y percevoir nettement la fluctuation. L'une d'elles, très semblable aux saillies du pied, s'est ouverte et présente un orifice fistuleux, par lequel s'écoule le liquide séreux.

Les ganglions inguinaux du côté droit sont un peu tuméfiés, ceux des autres régions ont leurs caractères normaux. L'examen du sang, pratiqué à plusieurs reprises, donne des résultats négatifs au point de vue de la leucémie et de la filariose ; il n'y a pas de signes appréciables de lésions viscérales.

Nous constatons la grande analogie que présentent les altérations qui viennent d'être décrites, chez ce malade, avec celles des moulages de MM. Lailler et Besnier, qui portent l'étiquette de Varices lymphatiques. Elles nous donnent l'impression de lésions de nature infectieuse. Le traitement consiste d'abord dans l'application de compresses imprégnées d'eau boricuée, avec une légère compression.

Le 1^{er} février, sur l'avis de M. Lailler, nous introduisons des flèches de Canquoin dans plusieurs des orifices : cette médication a donné à notre maître, dans un des cas analogues qu'il a observés, les meilleurs résultats. Cinq de ces flèches sont introduites le 1^{er} février, une le 2, et deux le 3.

Ces flèches déterminent bientôt une assez vive irritation ; la peau rougit autour des orifices ; le malade accuse de la douleur ; au bout de peu de jours s'éliminent, par chacun de ces orifices,

des masses concrètes, d'un gris jaunâtre, semblables à des bourbillons. Le malade a de la fièvre le soir : sa température axillaire s'élève à 38° ; il maigrit et ses forces s'amoindrissent. Il est, comme nous l'avons dit, présenté le 13 juillet à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. Nous insistons alors sur les analogies que présente son affection avec celles que représentent les moulages de MM. Lailler et Besnier, sous l'étiquette de Varices lymphatiques : cette dénomination ne nous paraît pas cependant devoir lui être appliquée, car les caractères des tumeurs, leur disposition en chapelet, sur le trajet des lymphatiques et leur développement en série ascendante, montrent qu'elles ne sont pas constituées par de simples dilatations vasculaires, mais qu'il s'agit, selon toute vraisemblance, de lésions de nature infectieuse. Leurs caractères les rapprochent des cas de lymphangite tuberculeuse, dont les pièces ont été moulées, d'après des malades de M. Mercklen et de l'un de nous, en même temps qu'ils les distinguent de la plupart des cas, qui ont été publiés sous le nom de varices lymphatiques : on ne trouve, en effet, nulle part, chez notre malade, ces vésicules transparentes, augmentant par la station debout et s'affaissant complètement sous la pression du doigt, pour reprendre, en quelques instants, leur volume précédent, qui ont été signalées dans ces observations. La confluence des saillies tubéreuses, autour des malléoles, conduit à penser que ces parties du squelette ont dû être le point de départ des altérations.

Considérant comme hors de doute la nature infectieuse de la maladie, nous examinons les diverses hypothèses qui peuvent être formulées à ce sujet. Celle d'une septicémie circonscrite, qui se serait développée consécutivement à l'ulcération de lymphatiques dilatés est bien peu vraisemblable ; on ne voit guère les septicémies se localiser ainsi. Les caractères objectifs des lésions permettent d'éliminer la syphilis, et les inoculations, à des cobayes, du pus exsudé n'ayant donné que des résultats négatifs, au point de vue du farcin, nous sommes conduits à admettre qu'il s'agit, selon toute vraisemblance, de lymphangiectasies suppuratives d'origine tuberculeuse.

L'évolution ultérieure de la maladie est venue confirmer l'opinion qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse, et l'expérimentation a démontré que cette maladie est bien, comme nous l'avions prévu, la tuberculose.

Le 16 juillet, apparaît sur le dos de la main gauche, une tuméfaction douloureuse; elle s'accompagne d'une rougeur érythémateuse; elle donne presque partout la sensation d'œdème. Vers le milieu de la main, on perçoit une plus grande résistance: il y a là une induration profonde, qui indique l'existence d'une inflammation phlegmoneuse; on ne peut dire si elle a, pour point de départ, les os, les gaines tendineuses ou le tissu cellulaire profond et son réseau lymphatique.

Au membre inférieur gauche, les tubérosités fistuleuses se sont un peu affaissées: deux nouvelles saillies fluctuantes se sont manifestées, à la partie interne du tiers supérieur de la jambe; une autre s'est développée à la partie interne de la cuisse, vers le sommet du triangle inguinal; on n'a pas noté que ces tumeurs aient été préalablement indurées. On compte maintenant cinq ouvertures fistuleuses dans cette région.

Le 30 juillet, la tuméfaction ainsi que la rougeur de la main droite, se sont étendues; la saillie est plus prononcée au niveau des 2^e et 3^e métacarpiens, ainsi qu'à la face dorsale de la partie externe du carpe. La température vespérale s'élève à 38,5. Le malade prend 0,75 centigr. de sulfate de quinine.

Le 8 août, le phlegmon de la main est incisé; il s'en écoule d'abord du pus phlegmoneux, puis de la sérosité, qui offre, comme celle des fistules de la jambe, tous les caractères de la lymphe.

Le 10 août, la fièvre vespérale, qui avait cessé après l'ouverture de l'abcès de la main, s'accroît de nouveau; un autre phlegmon se manifeste, au niveau de la face dorsale de la 1^{re} phalange du 4^e orteil droit et du métatarsien correspondant; la peau y est rouge et tendue, on y perçoit une fluctuation bien nette.

A la jambe gauche, la situation s'est notablement améliorée:

Gupil.

plusieurs des tubérosités se sont affaissées ; elles ne sont plus représentées que par des orifices fistuleux ; pour quelques-unes même, la cicatrisation paraît complète : ce sont celles dans lesquelles on a introduit des flèches de Canquoin. Nous ne croyons pas cependant devoir renouveler ce traitement local, pour d'autres tubérosités, car la réaction qu'il a provoquée a coïncidé avec l'apparition des nouveaux foyers de suppuration, et l'on peut soupçonner qu'il n'a pas été étranger à leur production.

Le 20 août, on constate, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne malade, un empâtement diffus autour de la fistule, et, sur le dos du poignet, une tumeur fluctuante, indépendante de celle qui a été ouverte. Il n'y a pas de tuméfaction appréciable des ganglions de l'aisselle correspondante.

Le 30 août, l'abcès développé sur le dos du pied gauche est incisé : il s'en écoule les mêmes liquides, successivement phlegmoneux et séreux, qu'a donnés l'ouverture de l'abcès du dos de la main.

On remplace, le 2 septembre, les applications de compresses imprégnées d'eau boriquée par un enveloppement avec la gaze iodoformée.

Le 27 septembre, une amélioration très notable s'est produite ; les tubérosités fistuleuses se sont, pour la plupart, affaissées ; plusieurs d'entre elles sont cicatrisées ; la plupart sont encore plus ou moins saillantes et fistuleuses ; elles donnent issue à un liquide trouble, plus ou moins chargé de pus ; ce liquide est de la lymphe : on peut toujours, comme précédemment, s'en convaincre, en comprimant de haut en bas la partie postéro-interne du membre ; on en amène ainsi l'écoulement, en quantité considérable. La tuméfaction de la jambe a diminué ; partout assez résistante, elle prend une consistance beaucoup plus ferme à la partie postéro-interne du membre ; il y a une plaque indurée qui remonte jusqu'au voisinage du creux poplité ; ce n'est pas un simple œdème : il y a évidemment une inflammation chronique du tissu cellulaire sous-cutané.

Les tumeurs de la cuisse sont moins volumineuses ; on voit,

dans cette région, les mêmes orifices fistuleux. Sur le dos de la main gauche, il y a actuellement deux orifices fistuleux ; de même au pied droit, il persiste depuis l'ouverture de l'abcès, une fistule qui donne issue à un liquide tantôt séreux et tantôt purulent ; les téguments qui l'entourent sont tuméfiés et d'un rouge sombre.

L'état général est relativement satisfaisant ; depuis l'ouverture des abcès de la main gauche et du pied droit, la fièvre a cessé complètement ; il n'y a aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Le 12 novembre, les tubérosités ont continué, pour la plupart à s'affaïsser ; il ne reste, à la place de quelques-unes d'entre elles, qu'une induration du derme ; bon nombre des orifices sont oblitérés par des croûtelles ; plusieurs donnent encore issue à une grande quantité de liquide clair, (de la lymphe) ; le lit du malade continue à être, chaque jour, très mouillé par cet écoulement. L'œdème présente toujours une remarquable dureté, assez prononcée pour que l'on ait pu se demander s'il n'y avait pas une périostose de la face antérieure du tibia. A la cuisse, les orifices ne sont plus saillants. Les ouvertures fistuleuses de la main gauche et du pied droit continuent à fournir un écoulement de liquide abondant ; elles sont toujours entourées d'une tuméfaction, avec rougeur violacée des téguments.

L'apparition des phlegmons suppurés de la main et du pied droit avait apporté la preuve qu'il ne s'agissait pas de simples fistules variqueuses, mais bien de foyers infectieux ; mais on pouvait encore se demander s'il s'agissait bien, comme nous l'avions supposé, de lésions tuberculeuses, ou si ces suppurations secondaires n'étaient pas liées à une septicémie ; l'expérimentation seule pouvait juger la question.

Des recherches faites d'abord par M. Goupil ont donné les résultats suivants.

« Une semaine environ après l'entrée du malade dans le service, nous recueillons avec une seringue de Roux bien stérilisée, du pus des varices ulcérées de la jambe ; le pus est épais,

« néanmoins on en emplit le quart de la seringue. Deux cobayes
« sont inoculés dans l'aine et dans le péritoine; l'un d'eux meurt
« trois jours après l'inoculation : il présente des abcès miliaires
« dans le foie, la rate, les différents viscères. Le lendemain, le
« second cobaye meurt avec les mêmes lésions. Les deux ani-
« maux sont morts évidemment de septicémie, fait à prévoir, en
« raison des nombreux microbes en chaînette, trouvés dans le pus
« inoculé; on ne trouve de bacilles en aucun point. Une deuxième
« inoculation est pratiquée le même jour, chez un lapin, dans le
« péritoine et dans la chambre antérieure de l'œil. Ce lapin
« meurt au bout de trois semaines. On constate la fonte purulente
« de l'œil droit, de plus le foie et la rate sont parsemés de tuber-
« cules; les autres viscères en présentent, mais à un moindre
« degré. »

Les recherches, pratiquées ensuite par M. Jeanselme, ont porté sur les tumeurs non ulcérées et sur le liquide qui s'écoule des fistules.

A l'aide de la seringue de Roux, préalablement stérilisée, une piqûre est faite, au niveau de la tumeur qui siège sur le bord poséto-interne de la cuisse gauche, au-dessus du creux poplité. Un peu de pus caséeux, de la consistance du mastic, est extrait avec difficulté. Ce pus, étalé sur des lamelles et coloré par la méthode de Ziehl ou celle d'Ehrlich, montre des bacilles assez nombreux, formant même, en quelques points, de petits amas de cinq à huit individus. Ces bacilles ne se décolorent pas par l'acide nitrique au tiers et présentent tous les attributs morphologiques du micro-organisme de la tuberculose.

Une petite quantité de ce pus est injectée, le 2 octobre 1890, dans le péritoine d'un cobaye; trente-trois jours après, on perçoit une masse volumineuse dans l'hypochondre gauche et des ganglions hypertrophiés dans l'abdomen, au devant du rachis. Néanmoins l'animal reste vivace et maigrit peu. Il est sacrifié le 3 décembre, c'est-à-dire soixante-quatre jours après l'inoculation.

L'autopsie montre que la rate est volumineuse; c'est elle que l'on sentait, sous les fausses côtes gauches, pendant la vie.

Sa surface est bosselée par des amas de granulations miliaires grises, élastiques, faciles à enucléer. Une dizaine de granulations grises sont disséminées dans le foie. Des masses tuberculeuses, à centre opaque et caséux, parsèment les deux poumons; de gros ganglions siègent derrière le sternum et au niveau de l'insertion du mésentère; à la coupe de ces masses ganglionnaires, on remarque plusieurs points, en état d'infiltration grise. Ces diverses lésions renferment des bacilles de Koch.

L'un de ces ganglions caséux, délayé dans 2 centimètres cubes d'eau stérilisée, a été injecté dans le péritoine d'un cobaye, qui mourut le trente-septième jour. La rate, très hypertrophiée, et le foie sont criblés de granulations opaques. Les ganglions de l'abdomen et ceux des aines sont en partie caséifiés; les ganglions du médiastin sont très volumineux; les poumons contiennent beaucoup de granulations grises, plus jeunes que celles des viscères abdominaux. La présence des bacilles a été recherchée et constatée dans l'un des ganglions caséux de l'abdomen, dans un ganglion inguinal, simplement hypertrophié, non encore dégénéré et dans deux tubercules du foie. Les bacilles étaient beaucoup plus nombreux dans les ganglions que dans les tubercules hépatiques.

Par la méthode de Gram et par les cultures, on peut se convaincre que le liquide des trajets fistuleux contient :

- 1° Des streptocoques ;
- 2° Des staphylocoques dorés ;
- 3° Des bacilles, autres que ceux de la tuberculose.

Ces micro-organismes sont en nombre relativement peu considérable, et il est facile de les isoler et d'en obtenir des cultures pures, par la méthode des plaques. Dans les tumeurs non ulcérées, il n'y a ni streptocoques ni staphylocoques; mais, dans l'une d'elles, on constate, par l'examen microscopique et par les cultures, la présence de bacilles non tuberculeux, identiques à ceux qui existent dans le pus des fistules. Ces bacilles sont

rectilignes, courts et trapus, souvent associés deux à deux ; examinés sans coloration, ils paraissent immobiles ; ils se colorent bien par la méthode de Loeffler et celle de Gram, et se décolorent, quand ils sont traités par l'acide nitrique au quart. Les cultures sur bouillon se recouvrent d'un disque, qui se ride les jours suivants ; sur la pomme de terre, la culture se présente sous l'aspect d'une nappe blanche, hérissée de nombreuses petites crêtes ; sur la gélose glycinée, la culture, d'abord unie et grisâtre, se ride au bout de quelques jours. Ces bacilles ne subissent pas de modifications morphologiques dans les cultures. Ils ne sont pas pathogènes pour le cobaye.

Avec la seringue de Roux, un peu de pus très épais est retiré de la tumeur située à la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse gauche.

Ce pus contient de nombreux bacilles de la tuberculose. Il sert à ensemercer des tubes de gélose glycinée, qui sont mise à l'étuve. Ces tentatives de culture sont restées infructueuses, tous les tubes sont demeurés stériles.

Ce pus sert en outre à inoculer un cobaye, dans l'aîne droite. Le trente et unième jour on sent, dans le pli cutané qui relie la cuisse droite à l'abdomen, une tumeur du volume d'une noisette, très régulière, dure, indolente et mobile. Le lendemain, on remarque qu'une seconde tumeur, plus petite, est accolée à la première, et, en palpant l'abdomen, on en perçoit plusieurs autres. Il s'agit évidemment d'une adénite. Pour en démontrer la nature tuberculeuse, M. Jeanselme a ponctionné la plus grosse de ces tumeurs ; il a ainsi obtenu un peu de pus épais, qui renfermait des bacilles de Kock. Aujourd'hui 5 décembre, soixante-trois jours après l'inoculation, l'animal est encore très vivace ; il n'a nullement maigri ; chez lui, comme chez le malade, il s'agit donc d'une forme de tuberculose qui a peu de tendance envahissante. Le 16 novembre, l'animal, toujours bien portant en apparence, est sacrifié. On constate des adénites multiples ; le foie est parsemé de points jaunâtres d'aspect caséeux ; la rate, très grosse, a cinq fois environ le volume normal, elle est cri-

blée de tubercules ; le poumon présente les mêmes altérations. Il est facile de trouver, par le procédé de Ziehl, des bacilles dans toutes les lésions.

Du pus, recueilli avec un fil de platine introduit profondément dans les trajets fistuleux de la main et du cou-de-pied gauches et dans celui de la face dorsale du pied droit, a servi à faire des lamelles ; malgré de nombreuses recherches, M. Jeanselme n'a constaté la présence de bacilles de la tuberculose que dans le pus de la main gauche.

Il est néanmoins certain que les autres fistules renferment également des germes de la tuberculose, car un cobaye, inoculé derrière la nuque, avec le liquide qui s'écoule de la fistule du dos du pied droit, mourut deux mois après l'inoculation, et l'autopsie de l'animal démontra l'existence de lésions manifestement tuberculeuses, telles que de nombreux amas caséeux dans le foie et dans la rate, des adénopathies multiples, renfermant des bacilles de Koch. (1)

En terminant cette note, M. Jeanselme fait remarquer que le pus tuberculeux recueilli sur le malade, à l'inverse de ce qui a lieu généralement dans les tuberculoses locales, renferme des bacilles en assez grand nombre. Pourtant sa virulence est faible ; des trois cobayes, inoculés directement avec du pus du malade, un seul succomba, deux mois après l'inoculation ; un autre fut sacrifié le soixante-quatrième jour et avait des lésions encore peu avancées ; le troisième, inoculé depuis plus de deux mois, paraît

(1) Depuis quelques jours, le malade est traité, sous la direction des médecins de Saint-Louis réunis en commission, par les injections de lymphé de Koch ; il en a d'abord reçu deux, l'une de 5 dix-millièmes de centimètre cube, l'autre de 1 millième $\frac{1}{2}$; les deux fois il s'est produit une réaction générale prononcée ; mais la réaction locale a été, pour ainsi dire, nulle. On sait qu'il en est parfois ainsi, alors même qu'il s'agit de lésions dont la nature tuberculeuse est avérée. Une troisième injection, également de 1 millième $\frac{1}{2}$, a amené de nouveau une réaction générale et, de plus, une tuméfaction douloureuse des masses sous-cutanées de la cuisse.



Figure 6 : MUSÉE DE ST-LOUIS, moulage n° 1519 du malade de l'observation n° 24
Hallopeau-Goupil.

Lymphangites gommeuses ulcérées symptomatiques d'une affection encore indéterminée, même type clinique que celui de la pièce intitulée : Varices lymphatiques. — Voir la figure 7 : Même malade et comparer, au point de vue de la ressemblance clinique, aux figures numéros 5 et 8.

devoir survivre encore longtemps, la tuberculose ayant tendance, chez lui, comme chez le malade, à se cantonner dans le voisinage du point d'inoculation.

Ces diverses expériences ne peuvent laisser aucun doute relativement à la nature tuberculeuse des lésions observées chez notre malade.

A ce moment, ayant quitté le service, nous n'avons plus observé le malade, mais M. Hallopeau nous a appris qu'il était mort quelque temps après, à la suite des injections de tuberculine.



Figure 7 : MUSÉE ST-LOUIS, moulage n° 1520, du malade de l'observation n° 24, Hallopeau-Goupil.

Lymphangites gommeuses ulcérées symptomatiques, d'une affection encore indéterminée, même type clinique que celui de la pièce intitulée : Varices lymphatiques. Voir la figure 6, même malade.

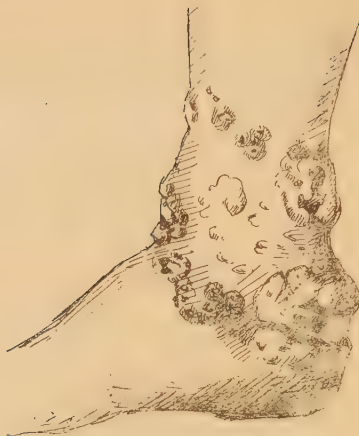


Figure 8 : MUSÉE ST LOUIS. — Aquarelle du fonds Bazin, n. 25. —
F. Bion, 1851.

Nous avons fait reproduire, dans ce dessin, une aquarelle trouvée dans le fonds Bazin, au Musée de St-Louis; elle n'est accompagnée d'aucune indication, mais sa ressemblance avec les moulages représentés avec les figures 5 et 6 est absolument saisissante.

OBSERVATION XXV (résumée).

M. MONOD.

Homme de 55 ans. Bonne santé habituelle. Entorse du pied droit. Au point lésé, apparaît une tumeur présentant tous les caractères d'une gomme, elle se vide et il s'ensuit une ulcération inguérissable. Cette ulcération est verticale, à bords décollés à fond grisâtre pulpeux et baigné par un liquide séro-sanguinolent. Lorsqu'on nettoyait la plaie, on voyait sourdre, de l'angle inférieur, un liquide opalin, qui se troublait au contact de l'air. Ce liquide examiné par M. Ch. Robin fut reconnu être de la lymphe.

OBSERVATION XXVI (résumée).

M. THILESEN.

Frédéric N..., 10 ans, entré le 22 janvier 1855, à l'Hôpital royal de Christiania.

Dès l'âge de 6 mois, on constate que la cuisse droite, à la partie supérieure, est plus volumineuse que l'autre.

Vers l'âge de 4 ans, apparaissent, sans douleurs et sans causes, à la partie supérieure et interne de la cuisse, de petits points brillants.

Ces points s'ouvraient pendant l'effort et on assistait alors à de véritables lymphorrhagies, qui, variables de quantité, survenaient surtout à la suite d'une contusion.

Vers l'âge de 16 ans, ouverture d'un vaste abcès de la cuisse, qui rend une grande quantité de pus ; par cet abcès s'échappe un fragment d'os nécrosé.

Séjour pendant un an à la campagne.

Nouvel abcès, près du premier. Les vésicules persistaient avec les mêmes caractères.

Mort, le 28 mars, dans le coma.

Autopsie. — Dilatation des réseaux lymphatiques ; carie osseuse ; tuberculose généralisée.

QUATRIÈME FORME.

Cette forme est assez mal délimitée; nous y comprenons tous les cas de lymphangite réticulaire, qui, en intéressant le fin réseau cutané, s'y traduisent par une lésion scrofulo-tuberculeuse quelconque (ulcère, lupus, etc.). Il est bien entendu qu'il est de toute nécessité que, pour rentrer dans ce groupe, ces lésions présentent une disposition, une topographie, qui révèle nettement leur origine dans les absorbants même et le processus lymphangitique qui les a produites.

Nous citerons, comme exemple de cette forme deux observations : une, bien connue, de M. Hanot, où il s'agit de deux ulcérations tuberculeuses, siégeant le long des lymphatiques internes de l'avant-bras et consécutives à une inoculation probable à la main; dans le cas de M. Jeanselme, le malade présente, le long du membre supérieur, une série de petits lupus suivant très nettement le trajet des lymphatiques.

OBSERVATION XXVIII.

(M. JEANSELME, *in* thèse de M. CRONIER, 1885.)

Cette observation, rapprochée de celle de M. Hanot, tend à faire supposer que, dans certains cas, des lésions tuberculeuses diverses de la peau, à marche ascendante, suivant le trajet anatomique de certains troncs lymphatiques des membres, ont peut-être pour origine des lésions tuberculeuses préalables de ces mêmes troncs lymphatiques, qui inoculeraient secondairement la peau. Il ne s'agit pas là d'un simple transport à distance du germe tuberculeux, qui déterminerait une lésion éloignée et un foyer de même nature, mais bien de l'inoculation secondaire de la peau, tout le long du trajet

connu d'un lymphatique, disposition qui fait immédiatement songer à l'altération primitive de celui-ci.

Ch... (Adolphe), bourselier, 28 ans, salle Bichat. Pas d'antécédents de scrofule; vers l'âge de 17 à 18 ans, notre malade dut entrer à l'hôpital pour une pleurésie sèche; pendant son séjour, il fit remarquer au médecin qu'il portait, au centre du dos de la main gauche, une saillie du diamètre d'une pièce d'un franc; bientôt elle rougit et on l'incisa: il en sortit du pus. La plaie ne se cicatrisa pas, au contraire, elle devint lupique et, de sa périphérie, partit une rougeur qui gagna peu à peu tout le dos de la main; à la suite se développèrent de nombreux lupus ainsi disposés.

A la partie moyenne du bord radial de l'avant-bras, est disposé une série irrégulièrement ovalaire de lupus, guérie.

Une autre cicatrice, plus petite, existe à la partie moyenne du bord cubital de l'avant-bras; du même côté, autre cicatrice, entre l'olécrâne et l'épicondyle: elle a la forme et le diamètre d'une pièce de cinq francs; l'autre est située au-dessous de l'épithroclée; pas d'adénopathie axillaire.

Le malade présente en outre un lupus de l'oreille et la fin de l'observation nous le montre tuberculeux; à la troisième période l'état général est très mauvais, la mort évidemment prochaine.

OBSERVATION XXVIII.

M. HANOT.

Cette observation ne mentionne pas cliniquement la participation des lymphatiques qui, histologiquement, sont intéressés; il n'y est pas question de cordon induré et monoliforme, mais la topographie des lésions fait que l'on ne peut s'empêcher de croire à l'origine lymphagitique des lésions. Nous rapprochons ce fait du cas de M. Jeanselme, où de petits foyers lupiques présentaient la même disposition. Ne pourrait-on penser, dans ce cas, à une lymphangite tuberculeuse du derme, inoculant secon-

dairement les parties superficielles de la peau, sous une forme variable?

La maladie aurait débuté par un panari du pouce gauche, contracté en manipulant de vieux os; la lésion que présente le malade à son entrée « semble avoir suivi la voie des absorbants »; c'est une ulcération qui siège au niveau du bord cubital de l'avant-bras gauche; elle prend naissance à 3 centimètres au-dessous du poignet et s'étend vers le coude, sur une longueur d'environ 11 centimètres; sa largeur est de 1 centimètre 1/2 dans la plus grande partie de son étendue; sur un point seulement elle atteint 4 centimètres. Elle est irrégulière et allongée, suivant l'axe de l'avant-bras. A l'extrémité inférieure de cette excavation, et complètement séparée d'elle par un pont de peau saine, existe une petite ulcération arrondie et profondément excavée.

Les examens démontrent surabondamment la nature tuberculeuse de la lésion; par la méthode d'Erlich on y trouve, des bacilles; les espaces lymphatiques sont élargis.

La mort survient par tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC.

Les différentes formes de lymphangites tuberculeuses peuvent être confondues avec plusieurs affections.

La première forme (le type Bazin Merklen), quand elle présente au complet la lésion tuberculeuse initiale, la série des nodules et des ulcérations échelonnés le long des lymphatiques, le cordon intermédiaire noueux, avec ses renflements valvulaires, présente réellement une physionomie assez particulière, pour que le diagnostic soit aujourd'hui facile, et il n'y a plus lieu maintenant de partager l'hésitation de Bazin qui, en présence de son cas si caractéristique, alla jusqu'à porter le diagnostic « hydrosadénite traumatique phlegmoneuse ». La phlébite présente en général des caractères bien différents. Indépendamment des causes, qui sont tout autres, la marche de l'affection est entièrement différente et, d'ailleurs, les caractères physiques seuls suffiront, dans la plupart des cas, à différencier ces deux affections. Chassaignac faisait déjà remarquer autrefois que le cordon de la lymphangite est plus fin que celui de la phlébite ; mais, de plus, on n'observe pas dans celle-ci l'aspect moniliforme sur une aussi grande étendue. Les abcès, quand ils existent, n'ont pas le caractère de ces gommes ulcérées, d'aspect furonculeux, de ces fistules intarissables, qui font penser de suite à la scrofule.

Certaines formes d'angiolencite simple, à marche un peu lente pourraient prêter d'avantage à l'erreur ; mais l'évolution ultérieure des abcès, l'absence de lésions d'aspect tubercu-

leux à la peau et, en dernier ressort; les inoculations et l'examen bactériologique rectifieront le diagnostic. Certaines lymphangites tuberculeuses peuvent présenter des épisodes aigus comme dans l'observation de Bazin, dans celle de M. Artus, etc. Dans une des observations, que nous insérons à la fin de ce travail, on peut même se demander si la tuberculose lymphatique n'a pas eu, un moment, une marche subaiguë; enfin nous avons rapporté que, dans plusieurs cas, se trouvent associés l'élément inflammatoire simple (microbe pyogène), et l'élément bacillaire. Il sera parfois délicat, en clinique, d'établir la part respective de ces deux éléments.

Un fait qui montre bien combien l'on doit se défier, en clinique, de ces infections mixtes, est relaté dans les cliniques de M. Fournier : il s'agit d'un chancre, duquel partait un cordon, de lymphes indurées sur lequel se développa une ampoule suppurée. L'évolution ultérieure apprit qu'il s'agissait d'un chancre induré, doublé d'une inoculation pyogène; ceci nous amène à parler de la syphilis.

Cette maladie présente, à ses différentes périodes, des lésions intéressant les vaisseaux lymphatiques. Rappelons que l'accident initial, le chancre, est parfois accompagné d'un cordon qui le relie à la première adénopathie (lymphangite dorsale de la verge); mais, outre que cette lymphangite est peut-être une phlébite, on dépistera ordinairement la syphilis par les caractères du chancre, dont l'induration, souvent chondroïde, ne peut être confondue avec celle que l'on observe dans certaines lésions tuberculeuses; l'adénopathie a également des caractères particuliers; enfin la roséole et l'apparition d'accidents ultérieurs trancheront la question.

Les lymphangites tertiaires pourront prêter à l'erreur, dans des cas analogues à celui de M. Lailler; mais, dans ces cas, le cordon ne présente jamais au même degré les nouures val-

vulaires, l'aspect moliniforme; ce sont plutôt de grosses brides dures et surtout les ulcérations ne présentent pas les caractères d'ulcère scrofuleux, de gomme tuberculeuse, accompagnée de retentissements lupiques verruqueux à la peau; le traitement spécifique enfin est la pierre de touche.

L'intoxication farcino-morveuse présente des foyers lymphangitiques, des sortes de boudins, des ulcérations échelonnées sur le trajet des lymphatiques qui pourraient amener la confusion. Dans notre cas (obs. 24), on avait même pensé un moment à cette affection.

Les boudins farcineux sont en général plus gros, présentent moins nettement les nouures caractéristiques, sont disséminés souvent sur plusieurs points du corps; il y a des altérations des muqueuses, la lésion tuberculeuse originelle fait défaut; les malades ont été en contact avec des chevaux, des ânes, des mulets morveux ou farcineux; de plus, l'examen bactériologique et surtout les réactions indiquées par M. Strauss (inoculations aux cobayes suivies de vaginalite aiguë, culture couleur brun-chocolat, sur pomme de terre), feront connaître la nature réelle de la maladie.

M. Lejars rappelle que la lymphangite tuberculeuse pourrait être confondue encore avec les faits de lymphangite en plaques, décrites autrefois par M. Lailler.

L'erreur nous paraît possible dans certains cas, mais en lisant la thèse de M. Fravel, où sont consignées toutes les observations de M. Lailler, nous avons vu que, sauf dans un cas, que nous citons à la fin de ce travail, ces lymphangites étaient toujours indépendantes de la tuberculose.

Ce sont, en somme, des lymphangites simples, la plupart du temps consécutives à des eczémas; on y signale bien des cordons, avec des nouures échelonnées, mais la marche est toujours plus ou moins aiguë, on ne constate jamais les ulcéra-

tions si caractéristiques de la lymphangite tuberculeuse; enfin et surtout, la lésion initiale et la maladie elle-même, pendant toute son évolution, sont indépendantes de la tuberculose, fait que l'on pourra, au besoin, démontrer par les examens bactériologiques et les inoculations.

Le diagnostic de la forme paucinodulaire et de notre quatrième forme consistera surtout à établir l'origine lymphangitique des lésions. On y arrivera, en se basant sur les caractères précédents et surtout sur l'évolution et la topographie des foyers.

Nous renvoyons, pour le diagnostic de la lymphangiectasie tuberculeuse au passage qui traite des caractères de cette forme.

CHAPITRE VI.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Nous avons longuement parlé, à propos de la première forme, de son pronostic en général bénin ; l'anatomie pathologique le faisait prévoir, car les inoculations déterminaient des tuberculoses atténuées à marche lente, à localisation ganglionnaire, les foyers contenaient peu de bacilles (voir Anatomie pathologique). La clinique le démontrait, d'une façon nette, dans 11 cas sur 13.

La forme paucinodulaire semble plus grave ; elle paraît s'étendre, se généraliser avec plus de facilité ; dans quelques cas la terminaison a été fatale. Pour ce qui est de la forme angiectasique, les observations sont encore trop peu nombreuses, pour pouvoir en tirer une conclusion générale. Signalons toutefois les terminaisons observées :

La malade de Thilesen est morte de tuberculose généralisée. Le malade de M. Lailler, faisant l'objet de l'observation 23 revenait fréquemment à l'hôpital jusqu'à ces dernières années ; mais il nous a été impossible de le retrouver. Le malade de l'observation 22 n'a pas pu être suivi non plus. Quant au malade de notre observation n° 24 il est mort à l'hôpital de la tuberculine de Koch.

Les traitements employés jusqu'ici, dans la lymphangite tuberculeuse sont assez variés. Nous avons relevé 20 observations, où fut employée une thérapeutique réellement active.

Dans 8 cas, on employa les caustiques. M. Lailler, qui se servait de flèches de Canquoin, qu'il introduisait dans les

ampoules ulcérées de son malade, nous a dit en avoir tiré les meilleurs résultats : il se formait une petite escharre, qui tombait, en général, au bout de quatre jours ; au-dessous les surfaces présentaient un bon aspect. Le même médecin a remarqué que, chez son malade, certains nodules, paraissant sur le point de s'ouvrir, avaient présenté une remarquable rétrocession des phénomènes inflammatoires et s'étaient terminés par résolution rapide ; il serait, pour cette raison, peu partisan de l'ouverture et du curettage précoce du foyer. Nous avons employé le traitement de M. Lailler, dans notre cas, sans grands résultats. M. Priolleau aurait, dans 5 cas, obtenu cinq guérisons, dans un espace variant de un à quatre mois, par l'application sur les ulcérations d'un mélange, à parties égales, de glycérine et d'acide lactique. Bazin avait employé, sans résultat, chez son malade, une pâte caustique. En somme, à part les cas de M. Priolleau, tous les topiques employés n'ont pas donné de résultats très appréciables. L'éther iodoformé, en injection dans les abcès. et l'iodoforme à l'intérieur, ont réussi dans un cas à M. Arrou. Le curettage fut employé par M. Chipault, dans un cas, sans bons résultats. Notons une guérison de M. Lejars, à la suite de cautérisations au galvanocautère. La méthode qui, sans contredit, a donné les meilleurs résultats est l'intervention chirurgicale active : dans le cas de Karg, on pratiqua l'extirpation de tous les tissus malades au bistouri et la guérison survint ; dans un cas de M. Quénu, la lymphangite était due à une tumeur blanche du cou-de-pied, on fit l'amputation et l'état devint très satisfaisant ; dans le cas de MM. Dubreuilh et Auché, dans celui de Jeanselme, dans l'observation n° 6 de M. Lejars, on pratiqua l'ablation des nodules des gommès, et des abcès, et, dans tous ces cas, les résultats furent des plus satisfaisants.

M. Morel-Lavallée a démontré un fait, qui peut être fort inté-

ressant au point de vue thérapeutique, c'est que dans les lymphopathies qui nous occupent la perméabilité des vaisseaux malades peut persister. Ce fait avait été remarqué par MM. Verneuil et Clado et par M. Felizet ; ce dernier avait remarqué que, des injections faites dans des ganglions malades, beaucoup par exemple, déterminaient le gonflement des glandes, situées en aval du point de l'injection. Il utilisa cette remarque dans un cas d'adénopathie trachéo-bronchique, chez un enfant qu'il put guérir, par des injections de teinture d'iode dans les ganglions du cou : on observait successivement le gonflement des ganglions cervicaux, puis du ganglion sus-claviculaire, enfin de ceux du médiastin que révélaient des accès de suffocation. Ce fait mérite d'être retenu et pourrait être utilisé dans la lymphangite tuberculeuse des membres ; mais nous ne supposons pas qu'il puisse donner de bons résultats, dans la forme angiectasique, où la perméabilité des voies lymphatiques est très compromise. En somme, et pour nous résumer, le traitement de la lymphangite tuberculeuse devra répondre à plusieurs indications, la médication générale, qui, à elle seule, peut donner de surprenants résultats, comme dans le cas de M. Merklen : on emploiera l'huile de foie de morue, le quinquina, le fer ; on prescrira le séjour à la campagne, ou mieux au bord de la mer, etc. Dans les cas où les lésions seront peu étendues, on n'hésitera pas à employer les moyens chirurgicaux énergiques, on cautérisera au thermo ou au galvano-cautère les placards verruqueux, les ulcérations lupiques, les tubercules anatomiques ; en quelques cas, on pourra aller plus loin encore, et si les lésions sont assez limitées, les enlever comme un véritable néoplasme.

Si les nodosités, les abcès et les gommès ne sont pas en trop grand nombre, si l'affection semble être restée locale et que l'état général soit satisfaisant, l'ablation de tous les foyers

sera la méthode de choix, car c'est elle qui a jusqu'ici donné les meilleurs résultats. Mais si les lésions sont trop nombreuses ou peu accessibles, on se rappellera les faits observés par M. Morel-Lavallié, on injectera profondément, dans les masses musculaires jusqu'à deux seringues de Prava par jour, de vaseline iodoformée à 1 pour 100; on appliquera, sur les ulcérations le mélange de glycérine et d'acide lactique qui a donné de si bons résultats à M. Priolleau; on fera le curetage, l'antisepsie soigneuse des gommès et des abcès les plus à portée; on pansera les ulcérations, afin d'éviter les infections secondaires, la septicémie.

La médication générale sera heureusement complétée par l'emploi de l'iodoforme à l'intérieur qui a donné de bons résultats à M. Arrou.

Nous plaçons ici quelques observations, que nous n'avons pu intercaler dans le cours de ce travail, mais auxquelles nous avons renvoyé plusieurs fois le lecteur.

OBSERVATION XXIX.

(Thèse de FAVREL, 1884.)

*Tuméfaction inflammatoire chronique des ganglions de l'aîne.
Lymphangite tubulaire trajective chronique.*

D... (Cléophas), 33 ans, limonadier, entré le 3 janvier 1872, salle Saint-Louis, service de M. Lailler.

Le malade ne présente rien à noter, au point de vue de la tuberculose, ni dans ses antécédents personnels, ni dans ses antécédents héréditaires; on ne relève pas de porte d'entrée qui puisse expliquer sa lymphangite, ni d'inoculation d'aucune espèce. Le début de l'affection remonte aux fatigues du siège de Paris; à ce moment, le malade vit survenir, à la partie supérieure du Scarpa, une tumeur ganglionnaire peu douloureuse; à ce moment il n'existait de plaie d'aucune sorte, comme nous

l'avons dit, et la jambe était indemne. Ces ganglions, dont la marche était chronique, finirent par s'ouvrir, en laissant couler, « un liquide blanc comme du lait »; c'est à la suite qu'apparurent les lésions à la jambe, dont nous allons parler.

A son entrée à l'hôpital, il présente une masse ganglionnaire inguinale, tuméfiée, bridée et coupée en deux par le ligament de Fallope, dans la partie sous-jacente de l'arcade; cette masse est grosse comme deux œufs environ, molle, non fluctuante, mais comme élastique; à la surface de cette tuméfaction, se détachent des bosselures, qui paraissent fournies par de petites adénites, satellites de la principale; il y a aussi des masses ganglionnaires abdominales.

« La peau de la jambe présente un notable degré de pachydermie; la masse ganglionnaire inguinale et la partie inférieure de la jambe sont réunies, le long de la face interne de la cuisse par une large bande indurée, présentant une largeur de trois travers de doigt et se perdant, en bas, dans la région du cou-de-pied œdématiée; cette trainée est tout à fait analogue à une lymphangite tubulaire profonde. »

Le traitement appliqué consiste en des douches et des bains sulfureux; le malade sort de l'hôpital, non guéri, à peine amélioré.

Cette observation est remarquable par la marche descendante de l'affection, par l'éclosion spontanée des accidents, qui, sans causes appréciables, débutèrent par une adénopathie chronique et bien probablement tuberculeuse de l'aîne, pour présenter ensuite un gros cordon lymphangitique à marche chronique. Il est regrettable qu'on n'ait pas pu suivre le malade jusqu'au bout.

OBSERVATION XXX. (Inédite.)

(MM. ARTUS et Goupil.)

Mme M..., née Ch..., âge 28 ans, couturière. Entrée le 13 mars 1892, service de M. Lucas-Championnière, hôpital Saint-Louis ; sortie le 12 mai 1892.

On ne trouve rien à noter dans les antécédents héréditaires. Pour ce qui est de la malade, elle nous raconte qu'elle eut, en 1886, une entorse du pied droit, qui nécessita, en 1887, à l'hôpital Tenon, d'abord un grattage, puis une résection tibio-artienne. Tout nous fait supposer qu'il s'agissait là d'une arthrite fongueuse.

En 1890, fluxion de poitrine et pleurésie purulente. Depuis ce temps, la malade tousse ; de plus, entre l'entorse et la fluxion de poitrine, la malade nous dit avoir fait des fausses couches.

A son entrée, le membre inférieur gauche, côté de la résection, présente les altérations suivantes : toute la région interne du cou-de-pied est rouge et, de la partie inférieure de cette rougeur, se détache une ulcération de nature tuberculeuse ; cette ulcération est grande comme une pièce d'un franc ; ses bords sont décollés ; elle laisse sourdre un pus jaunâtre, d'aspect louche ; si l'on y introduit un stylet, il pénètre assez profondément, mais sans atteindre l'os.

C'est de cet ulcère que part la traînée rougeâtre ; elle remonte verticalement, le long de la jambe, jusqu'à cinq travers de doigt environ plus haut. Si l'on vient à palper le membre à ce niveau, il n'est pas encore possible, à ce moment, d'y sentir de cordon, ni de nodules échelonnés.

On applique un pansement humide, repos au lit. La traînée lymphangitique rouge disparaît.

C'est alors qu'apparaît toute une série d'abcès en série, disposés verticalement le long des lymphatiques du membre.

C'est d'abord un abcès au cou-de-pied et un autre à l'arrière

du mollet. M. Artus fait, dans ces foyers, des injections de glycérine iodoformée qui en amènent la guérison.

Autre abcès à la partie inférieure et antérieure du creux poplité. — On commence par ponctionner cet abcès, puis, à deux reprises, M. Artus y pratique des injections de vaseline iodoformée : guérison de cet abcès. Dernier abcès dans le triangle de Scarpa, il guérit par le même traitement que les précédents.

C'est à ce moment seulement que l'on observe le cordon de lymphangite.

C'est un gros cordon moniliforme, de calibre inégal, roulant sous le doigt ; il s'étend de la région du cou-de-pied, jusqu'aux abcès de la jambe et de la cuisse, qu'il semble relier entre eux ; il présente des dilatations, il est dur ; il est difficile de diminuer son calibre, en exerçant des pressions ; en certains points, ces dilatations ampullaires, de forme irrégulière, font penser à une véritable dilatation des troncs lymphatiques, en arrière d'un obstacle indéterminé ; cependant, en explorant l'abdomen, les fosses iliaques, les différents organes, en recherchant même la filariose, il est impossible de trouver une cause quelconque de varices lymphatiques. Le membre du côté opposé ne présente pas d'altérations.

Le 27 mars, un abcès du pli de l'aîne s'ouvre de nouveau et laisse couler un pus d'abcès froid, louche, mais sans détritits caséeux. Plusieurs abcès de la jambe, antérieurement traités, se rouvrent et se remettent à suppurer. L'état général devient mauvais. A l'auscultation, le poumon présente des lésions de tuberculose au second degré.

Le 12 mai, la malade quitte l'hôpital malgré, les avis du chef de service.

OBSERVATION XXXI.

(Thèse de TARDIVEL.)

Cette observation est relative à une ulcération tuberculeuse qui fut suivie de lymphangite et d'adénopathie. Cette

lymphangite fut rouge et douloureuse et fut le point de départ d'une tuberculose généralisée. On peut se demander, dans ce cas, si ce fut une lymphangite banale, streptococcienne ou si la tuberculose y affecta les allures d'une lymphangite sub-aiguë.

P..., Gabriel, 32 ans, maçon, service de M. Moissard :

Pas de tuberculose dans ses antécédents héréditaires et personnels.

En février 1887, travaillant à la démolition d'une maison, une poutre tomba et le frappa au milieu de la face dorsale de la phalange de l'index, tout près de l'ongle. Il y eut une déchirure à ce niveau.

Rentré chez lui, il applique un linge, plus ou moins propre.

La petite plaie, dès lors, ne se cicatrise plus ; il persiste un petit suintement séro-sanguinolent, et, pour travailler, le malade est obligé de le tenir enveloppé. L'ulcération persiste, ainsi que le suintement, jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLARD. — De l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, Paris, 1824.
- CRUVEILHIER. — Mal. des vaisseaux lymph. in Anat. path., livre XI.
- ANDRAL. — Recherches pour servir à l'hist. des mal. du syst. lymph. in *Arch. gén. de méd.*, 1824, t. VI, p. 502.
- BOUILLAUD. — Dict. en 15 vol., article Lymphangite, t. XI.
- VELPKAU. — Mémoire sur les mal. du syst. lymph. in *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2^e série, t. VIII, p. 123 et 308.
- POTAIN. — Art. Lymphangite in Dict. Dechambre.
- RITZO. — Contrib. à l'étude de la tub. cutanée, Paris, 1887.
- MOREL-LAVALLÉE. — *Annales de Dermatologie*, Paris, 1888.
- RAYMOND. — *France médicale*, 1886, t. II.
- WEIGERT. — Die Verbreitung des Tuberkelgiftes nach dem Eintritt in das Organismus. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, 1886, t. XXI.
- VERCHÈRE. — Portes d'entrée de la tub., Paris, 1884.
- BARBIER. — Id. *Gazette médicale*, 1888.
- BIRSCH-HIRSCHFELD. — Die Geschwülste der Lymphgefäße. — *Lehrbuch der path. Anatomie*, 1887.
- LEFÈVRE. — Sur la tub. par inoculation cutanée chez l'homme, Paris, 1888.
- BINET. — Thèse, 1858.
- DAVID. — Thèse, 1865.
- VIGUIER. — Thèse, 1875 (Obs. de Thielsen).
- LANNELONGUE. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1880.
- COLLIN. — Comptes rendus, Acad. des sciences, 1885.
- TUFFIER. — Un fait d'inocul. tub. chez l'homme, Études expér. et clin., sur tub.

- TOURNIER. *Lyon médical*, 23 juin 1889.
- LYOT et GAUTIER. — *Société anatomique*, 1888.
- ARLOING. — *Revue de médecine*, 1887.
- FORSTER. — *Handbuch* II, p. 300.
- LÉPINE. — Sur l'infection de voisinage dans la tuberculose. *Arch. de physiologie*, 1870.
- TSCHERNING. — *Fortschrib. der medicin*, 1885.
- GIRODE. — Contrib. à l'étude de l'intestin tuber., Paris, 1888.
- MOREL-LALALLÉE. — *Union médicale*, Paris, 1891.
- FAVREL. — Thèse de Paris, 1884, (Obs. de M. Lailler).
- JAMAIN et TERRIER. — Manuel de chirurgie.
Traité de chirurgie, Reclus et Duplay.
- WEICHSELBAUM. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1884.
- MERKLEN. — Société médicale des hôp., 12 juin, 1885.
- MOREL-LAVALLEE. — Lupus de la main lymph., etc *Bull. médical*, Paris, 1887.
- HALLOPEAU et GOUPIL. — Société de dermatol. et de syph. 10 juillet, 1890.
- VALLAS. — Ulcérations tub. peau, Lyon, 1887.
- BROCA. — Tub. cut. *Gaz. heb.*, 1889.
- FOURNIER. — Tub. de la peau. Tubercules anatomiques, lymph. tub. à foyers gommeux. Bull. et mémoires. Soc. méd. des hôp., 1888.
- CAPITAN. — Tubercul. cutanée primitive in *Médecine moderne*, 1890.
- CRONIER. — Thèse, 1889.
- SANCHEZ-TOLEDO. — Thèse, 1887.
- HANOT. — *Archives de physiologie*, 1886.
- HANOT. — Art. Phthisie in Dict. Dechambre.
- BAZIN. — *Annales de Dermatologie*, 1870.
- TSCHERNING. — *Annales de Dermatologie*, 1885.
- VERCHÈRE. — Études expérim. et clin. sur la tub., 1887.
- MARTIN DU MAGNY. — Thèse de Paris, 1885.
- JEANSELME. — Inoculations secondaires de la peau par les foyers profonds. Congrès de la tuberculose, 1888.

- TARDIVEL. — Contrib. à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée, Paris, 1890.
- DUBREUILH et B. AUCHÉ. — De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe.
- LE DENTU. — Art. Lymphatiques in Dict. Jaccoud.
- VERCHÈRE. — Contrib. à l'étude tub. cutanée, *Archives physiologie normale et path.*, Paris, 1886.
- LAILLER et MATHIEU. — Lupus et tub. cutanée. Revue critique : *Arch. gén. de méd.*
- MERKLEN. — *Ann. Dermatologie*, 1888.
- PRIOLEAU. — Études expérim. et clin. sur la tuberculose.
- LEJARS. — Études expérim. et clin. sur la tuberculose.
- HALLOPEAU et GOUPIL. — *Ann. de Dermatologie*, 1890.
- LELOIR. — Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration, dans l'évolution du lupus. *Médecine moderne*, 1889-1890.
-

Vu : le Doyen de la Faculté,
P. BROUARDEL,

Vu : le Président,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

